

DE
L'AVORTEMENT

DES 5^e & 6^e MOIS DE LA GROSSESSE

Considéré surtout au point de vue de la délivrance.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE LUNDI 6 AOUT 1888, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix-Prosper TINTELIN

Né à Outremécourt (Haute-Marne).

NANCY

IMPRIMERIE V. MANGEOT-COLLIN ET NICOLLE. 36, RUE GAMBETTA

1888

DE
L'AVORTEMENT

DES 5^e & 6^e MOIS DE LA GROSSESSE

Considéré surtout au point de vue de la délivrance.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE LUNDI 6 AOUT 1888, A 3 HEURES DU SOIR

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Félix-Prosper TINTELIN

Né à Outremécourt (Haute-Marne).

NANCY

IMPRIMERIE V. MANGEOT-COLLIN ET NICOLLE. 36, RUE GAMBETTA

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES O ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C ✱, V. PARISOT ✱, HERRGOTT ✱,

ROUSSEL ✱, DEMANGE ✱, BÉCHET.

Médecine légale.....	M. TOURDES O ✱, professeur.	
Thérapeutique.....	M. COZE ✱, professeur.	
Pathologie générale et Pathologie interne.....	M. HECHT ✱, professeur.	
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie pathologiques.....	M. FELTZ, ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, professeur.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Clinique externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	
Pathologie externe.....	M. WEISS, professeur.	
Chimie médic. et Toxicologie.	M. GARNIER, professeur.	
Clinique interne.....	M. SPILLMANN, professeur.	
Clinique obstétricale et accouchements.....	M. A. HERRGOTT, prof.	M. E. PARISOT, prof. adj.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N..., professeur.	
Histologie.....	M. N..., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHMITT.
ROHMER.
BARABAN.
BAGNÉRIS.

MM. MACÉ.
GUÉRIN.
RENÉ.
NICOLAS.

MM. VAUTRIN.
SIMON.
REMY.
P. PARISOT.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ✱, Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. Herrgott, président ; MM. Baraban, René, Remy.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MES PARENTS

Reconnaissance éternelle

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE EDOUARD TINTELIN

Ancien vétérinaire militaire

A MON FRÈRE

Témoignage d'affection

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALPH. HERRGOTT

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. REMY

Expression de la plus sincère gratitude.

INTRODUCTION

La délivrance, dans l'avortement en général, a donné lieu dans ces dernières années à de nombreuses controverses.

Les étrangers ont de grandes tendances à l'intervention ; les Français, au contraire, sont temporisateurs (au moins la grande majorité) et semblent vouloir s'en tenir à l'expectation armée.

Des faits qui se sont passés à la Maternité de Nancy, d'autres que nous avons réunis nous ont laissé penser qu'on généralisait peut-être un peu trop dans le chapitre de l'avortement. Quand il s'agit de la délivrance, on paraît confondre celle des trois ou quatre premiers mois avec celle des cinquième et sixième.

Loin de nous la pensée de croire que les auteurs ne font aucune distinction : ils ont bien le soin de déclarer tous, ou à peu près, que les avortements du cinquième et du sixième mois sont des accouchements en petit.

Toutefois, dans les ouvrages classiques, on a mélangé l'étude des avortements des différents mois.

Il nous a paru qu'on pourrait plus avantageusement la séparer en deux catégories : les conditions

cliniques, anatomiques, celles du développement comparatif du fœtus et du placenta pendant les six premiers mois de la gravidité, ces conditions, dis-je, n'étant pas les mêmes aux divers instants de cette période.

C'est pourquoi nous nous sommes proposé, dans ce modeste travail inaugural, d'étudier tout particulièrement l'expulsion du produit de la conception et de ses enveloppes, dans les cinquième et sixième mois de la grossesse. Nous laisserons de côté la question de l'avortement dans les quatre premiers mois, ce sujet ayant été mis d'une façon spéciale à l'étude dans notre pays. (Thèse d'agrégation de Gerbaud, concours 1886, discussion de la Société obstétricale de Paris, travail d'Auward, etc.).

Mais une demande s'impose : au cinquième ou au sixième mois, quelle conduite tenir, lorsqu'un obstacle imprévu vient s'opposer à l'expulsion du délivre, ou tout au moins la retarder suffisamment pour faire craindre des complications ?

A ce sujet nous devons encore nous expliquer, quand nous disons cinquième et sixième mois. Certes nous n'avons pas la prétention d'établir des limites mathématiques au développement du placenta ni à l'évolution fœtale ; tout le monde sait que ces phénomènes s'accomplissent d'une façon lente et graduelle, et qu'il est impossible de fixer le terme précis, invariable où commence la viabilité physiologique.

Si nous faisons cette remarque pour les observations de la fin du sixième mois, de manière à bien montrer que nous ne nous occuperons aucunement

de l'accouchement prématuré, nous pouvons ajouter qu'il en est de même pour les observations du commencement du cinquième mois. Il n'y a pas de distinction absolue entre la fin du quatrième mois et le commencement du cinquième ; c'est une question d'un certain nombre de jours qu'on ne peut exactement déterminer.

Et maintenant, avant d'entrer dans le corps de notre sujet, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le Professeur Alph. Hergott l'expression de notre vive gratitude pour l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant la présidence de cette thèse, pour la bonté qu'il a eue de nous communiquer une très intéressante observation personnelle et une brochure de M. le Professeur Budin enfin pour l'autorisation qu'il nous a donnée de prendre dans les observations de la Maternité, les matériaux qui pouvaient nous être utiles.

Quant à M. le Professeur agrégé Remy, nous ne savons quels termes trouver pour le remercier de son extrême obligeance, de son extrême bonté. Qu'il nous suffise de lui dire que le souvenir de cette période ultime, pour l'accomplissement de ce travail, restera en nous toujours ineffaçable.

DIVISION

Nous diviserons notre travail en trois chapitres.

1° Dans le premier chapitre nous étudierons l'anatomie et l'histologie du placenta.

2° Le second sera consacré à l'étude des phénomènes de l'expulsion de l'œuf.

3° Le troisième enfin sera réservé au traitement de l'avortement ou plutôt de la délivrance dans l'avortement.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE ET HISTOLOGIE DU PLACENTA

Il est superflu de dire que nous ne pouvons rien apporter de nouveau à l'étude anatomique et histologique du placenta, étude si magistralement faite dans les auteurs classiques. C'est pourquoi nous nous bornerons à reproduire d'abord quelques passages de l'ouvrage de Tarnier et Chantreuil sur la disposition des caduques ovulaire et utérine au troisième et au quatrième mois de la grossesse. Laissons la parole à nos maîtres :

« Vers la fin du troisième mois, la caduque ovulaire est en contact avec toute l'étendue de la caduque utérine et passe en avant de l'orifice des trompes, et de l'orifice interne du col. Quoique les deux membranes soient en contact, il existe entre elles un espace virtuel, c'est-à-dire qu'on réussirait à les séparer l'une de l'autre par une injection d'eau, ou une insufflation d'air. (Cette expérience réussit très bien quand on insuffle de l'air par la trompe utérine). L'écartement de ces deux caduques peut donc être produit d'une manière artificielle.

Voilà ce que démontrent les expériences. A partir du quatrième mois la caduque ovulaire commence à

se souder à la caduque utérine et se confondra si bien avec elle, qu'il sera impossible de l'en séparer. Désormais ces deux caduques ne formeront plus qu'une membrane unique. Vers la même époque cette membrane contracte de solides et très nombreuses adhérences avec le chorion, c'est-à-dire l'enveloppe extérieure de l'œuf. » (1).

Pour compléter ces notions, pour bien montrer que dans les cinquième et sixième mois, le placenta, comme constitution se rapproche du placenta à terme, nous avons tenu à prendre aussi l'étude de cet organe dans l'ouvrage d'un maître incontesté.

Voici comment Charpentier décrit le placenta :

« Le placenta est un organe mou, vasculaire, d'une apparence spongieuse, de forme et de volume variables, d'une couleur allant du rouge clair au rouge foncé et qui sert à mettre en communication le fœtus avec la mère.

On sait qu'il se forme d'abord, à la chute de l'œuf dans l'utérus, des villosités entre la muqueuse utérine et la membrane vitelline, c'est le premier chorion qui disparaît bientôt pour être remplacé par le second, formé par le feuillet externe du blastoderme. Celui-ci se hérisse à son tour de villosités qui, d'abord sans vaisseaux, sont bientôt pénétrées par les vaisseaux ombilicaux, amenés par l'allantoïde qui se fixe sur le 2^e chorion définitif.

De ces villosités, qui sont la connexion intime entre la mère et l'enfant, les unes vont disparaître,

(1) Ip-Tarnier et Chantreuil. Traité de l'art des accouchements. T. I. 1882.

ce sont celles qui sont en rapport avec la caduque ovulaire ou réfléchie ; les autres qui sont en rapport avec la muqueuse inter-utéro-placentaire, vont se multiplier à l'infini. Cette muqueuse elle-même se développera notablement, subira des modifications vasculaires profondes, et il en résultera un enchevêtrement vasculaire dont l'ensemble constitue le placenta.

L'atrophie des villosités en rapport avec la caduque ovulaire est complète dans le 4^e mois ; le placenta est alors absolument constitué. »

Nous n'avons pas jugé indispensable d'étudier entièrement la caduque dans l'ouvrage de Tarnier et Chantreuil ; nous trouverons la chose plus loin. Arrivons de suite à la magistrale description de Léopold, de la muqueuse utérine et du placenta. Léopold a suivi mois par mois les modifications survenues dans ces organes. Citons ce qui peut rentrer dans le cadre de notre sujet :

« Déjà, dans le courant du 4^e mois, il signale d'après Langhaus, deux variétés de villosités ; les unes se divisent en fins ramuscules qui plongent dans les lacs sanguins, les autres partent du tronc principal, pénètrent dans le placenta maternel entre les cellules de ce placenta, et s'y fixent par des extrémités épaisses en forme de massues. Entre toutes ces villosités, petites ou grandes, existent à cette époque des corpuscules et des lacs sanguins. On peut donc considérer les espaces sanguins comme un système de vastes lacunes, communiquant entre elles depuis le placenta chorial jusqu'au placenta maternel, et les espaces intercotylédonaires, (car nous rappel-

lèrons que la face utérine du placenta est divisée par des sillons en *lobes* ou cotylédons) comme des sortes de conduits d'un grand labyrinthe, communiquant tous entre eux et remplis par le sang maternel. Ce sont les artères de la sérotine (muqueuse inter-utéro-placentaire) qui apportent le sang maternel dans les espaces sanguins. Réduites progressivement à leur endothélium elles s'ouvrent directement sous forme de vaisseaux capillaires dans les lacs sanguins.

La sérotine est devenue plus forte ; quelques troncs villex se divisent en 2 ou 3 branches plus petites de 1^{er} ordre, qui s'enfoncent dans le placenta maternel, soit directement soit en divergeant ou en restant indivises, mais qui envoient latéralement de nombreuses petites villosités courtes de 2^e ordre, dont un certain nombre pénètre de même dans le placenta maternel. Autour du sommet des villosités, au point d'adhérence avec le placenta maternel, l'épithélium qui les revêt devient plus rare ou même fait défaut. Le corps de la villosité s'applique donc directement contre les cellules de la caduque. Les cloisons intercotylédonaires au centre du placenta ne vont que jusqu'à moitié du placenta fœtal. Au bord, elles vont jusqu'au chorion. Les cellules de la sérotine sont alors directement appliquées contre le chorion, tantôt sous forme d'un cône élevé, de chaque côté duquel sont les villosités et les espaces sanguins ; tantôt sous forme d'un cône brisé en 2 ou 3 parties ; tantôt enfin sous forme de petits et grands îlots, d'amas de cellules de la sérotine, détachés des cônes et perdus ainsi dans le placenta fœtal.

Dans le cours du 5^e mois, apparaissent dans la

sérotine les cellules à noyaux multiples, cellules géantes, qu'on rencontre en quantité innombrable dans la partie maternelle du placenta à terme. Elles se développent et se multiplient avec une incroyable rapidité. Les vaisseaux, comme dans le 4^e mois, sont constitués par des artères dont la paroi s'amincit dans le voisinage des villosités, et qui se dilatent et s'ouvrent directement dans les sillons intervilleux. Le sang passe donc des vaisseaux dans un réservoir colossal divisé en lacunes communiquant toutes entre elles par les villosités et leurs branches. Ce sang y est repris par la veine marginale et les veines de la sérotine. Elles communiquent avec celles de la musculuse et rassemblent le sang du côté des cotylédons. La veine marginale au contraire rassemble le sang des parties latérales du placenta : c'est un gros vaisseau situé au bord du placenta, dans l'espace qui sépare la sérotine du chorion ; il présente à sa face interne de larges ouvertures, qui communiquent avec les espaces intervilleux de toute espèce. Les cloisons qui séparent ces ouvertures sont formées par les villosités elles-mêmes ou les îlots de cellules de la sérotine. La circulation placentaire est donc ainsi assurée. Le sang amené par les artères est versé dans les lacs sanguins. Les villosités y plongent et s'y baignent jusqu'au chorion, et alors, une fois que ces villosités lui ont emprunté son oxygène, il passe dans le sinus marginal et de là dans les veines qui le ramènent au niveau de l'insertion placentaire. Si l'on rappelle que les vaisseaux ombilicaux contenus dans la villosité ne sont séparés du sang maternel que par une fine couche du tissu de

la villosité et son revêtement épithélial, on comprend combien les échanges sont faciles.

Du 6^e au 7^e mois, un seul changement à noter : sur le bord aplati du sinus marginal apparaissent 2 ou 3 grosses veines dont l'interne porte directement son sang dans les cotylédons et s'anastomose avec les veines externes par de courtes et de longues branches. Nous laissons à part les thromboses qui apparaissent dans certaines veines dans le courant du 8^e mois et jusqu'à la fin de la grossesse. Elles ne jouent pas un rôle bien important dans la grossesse et leur présence et leurs conséquences ont été diversement interprétées (1). »

Enfin nous allons faire suivre ce travail remarquable par celui de Kölliker sur le développement de la fibre utérine à différents mois de la gestation ; nous y ajouterons quelques mots, d'après son œuvre, sur l'accroissement des vaisseaux et des nerfs à la période de gravidité qui nous intéresse.

« Les modifications déterminées dans l'utérus pendant la grossesse sont tout autres que celles subies pendant la menstruation. Au point de vue microscopique cependant, la seule qui présente de l'intérêt c'est l'accroissement du volume de l'utérus. Une grande part en revient à l'énorme dilatation de la cavité interne ; l'épaississement des parois coïncide avec cette dilatation pendant les premiers mois,

(1) In Charpentier. Traité de l'art des accouchements. Tome I. Léopold. Archives de Gynécologie. Tome XI, page 443. Traduction Charpentier.

mais à partir du cinquième mois, ces parois s'amin-
cissent. En somme la masse de l'utérus devient
vingt-quatre fois plus considérable.

Le mécanisme de ces modifications, inconnu avant
Köl liker (1), peut être expliqué dans ses points essen-
tiels. Les principaux changements ont lieu dans la
tunique musculuse. C'est elle qui subit l'augmenta-
tion de volume d'où dépend principalement l'accrois-
sement de l'utérus. Deux phénomènes concourent
à la produire : l'accroissement du volume des élé-
ments musculux déjà existants et la formation
d'éléments musculux nouveaux.

Le premier est si considérable que les fibres-cel-
lules contractiles, au lieu de 4, 4 à 6,8 μ de longueur
et 4,5 μ de largeur qu'elles ont d'habitude, mesurent
au cinquième mois 13 à 26 de long et 5 à 13 et même
22 de large ; dans la seconde moitié du sixième mois,
220 à 260 μ de long, 9 à 13 de large, et 4 à 6
d'épaisseur de sorte qu'elles deviennent environ 7 à
11 fois plus longues et 2 à 7 fois plus larges.

La production de nouvelles fibres musculaires
s'observe surtout pendant la première moitié de la
grossesse et dans les couches internes de la tunique
musculuse où l'on trouve une multitude de jeunes
cellules de 22 à 40 μ de diamètre présentant toutes
les formes transitoires aux fibres-cellules de 40 à
68 μ de long. Mais elle ne fait pas défaut non plus
dans les couches extérieures. Cette génération de

(2) Köl liker d'après J. F. Meckel, anat. IV, page 691.

fibres musculaires paraît s'arrêter au sixième mois (1). »

Kölliker, pendant la vingt-sixième semaine de la grossesse, n'a trouvé, dans l'utérus, que des fibres-cellules énormes sans traces de formes antécédentes.

« A cet accroissement de fibres musculaires correspond celui du tissu conjonctif qui les unit entre elles ; vers la fin de la grossesse, ce tissu présente, par places, des fibrilles parfaitement distinctes.

Laissons de côté la muqueuse et la caduque. La membrane séreuse, bien que ne croissant pas dans la même proportion que les autres tuniques, n'en subit pas moins une certaine hypertrophie ; l'augmentation du volume des ligaments intérieurs, des ligaments ronds en particulier, est très évidente et dépend surtout d'une modification de leurs fibres musculaires lisses, analogue à celle décrite à propos de l'utérus, peut-être aussi de la multiplication des faisceaux de muscles striés.

L'accroissement des vaisseaux sanguins et lymphatiques, en longueur et en calibre, est aussi manifeste. Ici encore, c'est l'élément musculaire qui joue le principal rôle ; les nouveaux éléments musculaires sont très faciles à démontrer sur les veines, même dans la tunique adventice et dans la tunique interne.

Ces éléments, qui forment une couche à direction longitudinale, ont les mêmes proportions colossales

(1) In Kölliker. Histologie humaine. Pages 726, 727 et 728. Traduction Marc Sée, 2^e édition française.

que ceux de la couche musculaire normale, dont les fibres sont circulaires et très grosses.

Quant aux nerfs, il est certain qu'ils grossissent également, mais il n'est pas démontré qu'il s'y développe de nouveaux tubes nerveux. Il n'est pas douteux, au contraire, que les tubes existants augmentent de longueur et de largeur, ni que leurs contours foncés s'étendent plus loin dans l'épaisseur de la substance de l'utérus » (1).

Nous venons d'étudier l'anatomie de l'organe qui sert à l'expulsion. Nous devons chercher maintenant les poids ou dimensions des produits expulsés.

Or, si nous prenons le tableau de la Maternité, nous trouvons :

A 17 semaines (119 jours), début du cinquième mois, le fœtus pèse de 150 à 200 grammes. Sa taille est de 19 à 20 centimètres.

A 26 semaines (182 jours), fin du sixième mois, il pèse 1200 grammes au moins et il a 36 centimètres de taille.

D'autre part, le placenta, qui pèse 178 grammes au début du cinquième mois, n'en pèse que 374 à la fin du sixième.

La progression du fœtus, par rapport à celle du placenta, est comme *trois* est à *un*.

Cette progression est reconnue aussi dans d'autres tableaux que nous pourrions donner; contentons-nous de citer les plus importants :

(1) In Kölliker. — Histologie humaine, pages 726, 727, 728. Traduction Marc Sée (2^e édition française).

Poids du fœtus :		
Au cinquième mois.....	250 gr.	} Jacquemier.
Au sixième —	1000 —	
Taille du fœtus :		
Au cinquième mois	21 à 27 ^c	
Au sixième mois.....	29 à 32	
Poids du fœtus :		
Au cinquième mois.....	284 gr.	} Schröder.— Tableau em- prunté à Hec- ker.
Au sixième —	634 —	
Au septième —	1218 —	
Taille du fœtus :		
Au cinquième mois	18 à 27 ^c	
Au sixième —	28 à 34	
Au septième —	35 à 38	
Poids au cinquième mois....	145 à 160 gr.	} Nægelé et Grenser.
Poids au sixième mois.....	750 à 1000 —	
Longueur au cinquième mois.	25 à 32 cent.	
Id. au sixième mois...	30 à 38 —	

Après toutes ces données, nous croyons avoir le droit de nous demander : Qu'est-ce donc autre chose que ce que l'on trouve à terme ?

Nous avons ici un placenta formé, un utérus développé, une fibre musculaire puissante, facilement contractile, une caduque unique et soudée. Quant aux différences, nous les trouverons dans le chapitre suivant.

En tous cas (et ici nous rapportons l'avis de M. Charpentier), à partir de trois mois et demi ou quatre mois, plus on se rapproche de sept mois, l'avortement ressemble à l'accouchement à terme.

La rupture des membranes et l'avortement en deux temps sont la règle, c'est vrai; mais la fibre

utérine est plus développée, la muqueuse est plus profondément modifiée dans ses éléments et elle se détache plus facilement.

CHAPITRE II

PHÉNOMÈNES DE L'EXPULSION DE L'ŒUF DANS LES AVORTEMENTS DU 5^e ET DU 6^e MOIS.

L'expulsion de l'œuf peut se faire de deux façons : 1^o l'œuf est expulsé en bloc — ce qui est rare à ce moment de la grossesse, toutefois nous en rapportons 7 cas dans notre travail — 2^o le travail se fait en deux temps : rupture de l'œuf et expulsion du fœtus, puis expulsion du placenta et des membranes constituant ce qu'on peut appeler l'arrière-faix.

Nous aurons à étudier ces deux variétés en commençant par l'expulsion en bloc. Cependant dans les deux variétés il est des phénomènes communs que nous devons primitivement examiner. Si nous considérons, comme dans l'accouchement à terme, les phénomènes du travail, nous pouvons les subdiviser en phénomènes physiologiques et en phénomènes mécaniques.

Les phénomènes physiologiques comprendront : les contractions utérines, l'effacement du col, la dilatation de l'orifice, la formation de la poche des eaux, l'écoulement liquide, la durée de l'avortement.

Les phénomènes mécaniques se rapportent à l'engagement et au passage des parties de l'œuf à travers

la filière pelvienne. Si nous ouvrons les auteurs, nous y trouvons que l'avortement des 5^e et 6^e mois se comporte comme un accouchement en petit, c'est-à-dire qu'on rencontre les mêmes phénomènes qu'à terme, en tenant compte de ce fait, que les dimensions des parties constituant de l'œuf étant bien plus petites, les phénomènes se trouvent réduits dans la même proportion.

Contractions utérines.

La contraction utérine se retrouve ici avec ses propriétés habituelles : elle est douloureuse, elle est intermittente ; elle va en augmentant d'intensité du commencement à la fin ; les contractions sont séparées par des instants de repos dont la durée diminue du commencement jusqu'à la fin. Les recherches de Kölliker sur la fibre musculaire de l'utérus gravide démontrent que, dès ce moment de la gestation, la fibre musculaire possède déjà une puissance qui sera capable de surmonter les obstacles qu'oppose la structure du col « cet appareil de clôture. » Rien d'étonnant donc à ce que nous trouvions ici les qualités des contractions telles qu'on les rencontre dans l'accouchement prématuré. Les fibres longitudinales tirant sur les fibres circulaires du col, favorisées dans leur action par l'engagement de l'œuf, aboutiront à l'effacement du col et à la dilatation de l'orifice externe.

Effacement du col.

Dans les premiers mois de la gestation, le col ne s'efface pas pendant l'avortement ; il s'ouvre dans

toute sa longueur ; il constitue un canal cylindrique plus ou moins ouvert, donnant passage au fœtus et au placenta. Lorsque celui-ci a franchi ce canal, on peut dire que l'avortement est terminé.

Au 5^e et au 6^e mois, le col s'efface comme à terme : l'orifice interne s'ouvre, se distend et, successivement, tous les anneaux inférieurs se laissent dilater, de sorte qu'à un moment donné, le corps et le col ne sont plus qu'une seule cavité dont le col forme le segment inférieur. Il n'y a plus qu'un orifice, l'orifice externe, qui se dilatera à son tour.

Il faut tenir compte, en effet, du degré et de la hauteur du ramollissement gravidique du col, dont la marche est ascensionnelle et qui porte, au 5^e mois sur cinq millimètres au moins du museau de tanche, et au 6^e mois, sur la moitié de la moitié vaginale.

Cet effacement du col peut, dans certains cas, s'arrêter grâce à un traitement approprié ; le col peut reprendre sa forme ; il y a *rétrocession du travail* ; l'avortement s'arrête.

Malheureusement ce résultat, qui doit être toujours recherché quand le fœtus vit, n'est pas toujours obtenu ; le col s'efface et, à son tour, l'orifice externe s'entr'ouvre, se dilate, jusqu'à ce que ses dimensions permettent l'engagement de l'œuf entier ou du fœtus.

Dilatation de l'orifice externe.

Sous l'influence des contractions des fibres longitudinales, sous l'influence de l'engagement du segment inférieur de l'œuf ou de la partie fœtale qui se présente, l'orifice externe se dilate, les diamètres de son ouverture deviennent de plus en plus notables.

Il ne faut pas s'attendre à rencontrer des dimensions aussi grandes que dans le travail à terme, parce que le corps qui doit traverser cet orifice est loin de présenter les dimensions qu'il aurait acquises à la fin de la grossesse. Ce qu'on appelle, à terme, la dilatation complète, c'est en somme la dimension de l'orifice externe qui est nécessaire au passage de la circonférence de la tête qui s'engage. Pour l'avortement des 5^e et 6^e mois, nous donnerons une idée des dimensions que doit acquérir cet orifice, en citant les chiffres des diamètres de la tête, recueillis par de Soyre (1):

À 4 mois 1/2 . . occipito-frontal. 6 1/2, 7^{cm} ;

bi-pariétal . . . 6, 5 1/2, 6 1/4;

A 5 mois occipito-frontal. 7;

bi-pariétal . . . 6;

A 5 mois 8 jours: occipito-frontal. 6 1/2 ;

bi-pariétal . . : 6 1/2 ;

A 5 mois 1/2 . . occipito-frontal. 6 1/2, 7;

bi-pariétal . . . 7, 6 ;

A 6 mois: . . . occipito-frontal .8, 8 1/2, 9, 9 1/2, 10;

bi-pariétal . . . 7, 7 1/2, 7 3/4. 8;

De sorte que l'engagement du bi-pariétal nécessite, dans certains cas (6^e mois), un diamètre de l'orifice externe atteignant 7 à 8 centimètres. Le diamètre nécessaire pour le passage du bi-pariétal, selon l'âge de la grossesse, du commencement du 5^e mois à la fin du 6^e, varierait entre 5^{cm} 1/2 et 8 centimètres. Il

(1) De Soyre. Thèse d'agrégation 1875. Dans quels cas est-il indiqué de provoquer l'avortement, p. 66.

faut tenir compte de l'accroissement rapide de l'enfant dans cette période de la grossesse, le fœtus pesant entre 200 et 300 grammes au commencement du 5^e mois et acquérant le poids de 1000 à 1200 grammes à la fin du 6^e mois. Ces variations rapides modifient donc sensiblement les conditions relatives aux dimensions de cet orifice.

Formation de la poche des eaux.

Si l'œuf n'est pas rompu prématurément, le segment des membranes qui est mis à découvert par l'orifice externe, pendant sa dilatation, constitue la poche des eaux. Il se comprend que, dans les cas où les conditions voulues existent, la poche des eaux peut s'allonger dans le vagin.

La rupture de la poche peut être prématurée, ou n'avoir lieu que quand la dilatation est suffisante ; elle est alors spontanée ou artificielle.

Nous avons interrogé nos observations sur ce point. Dans 11 observations où nous avons des renseignements sur cette rupture, nous trouvons que.

- 3 fois elle eut lieu prématurément ;
- 8 fois à la dilatation complète ;
- 8 fois spontanément ;
- 3 fois artificiellement.

Ecoulement de liquide.

Nous avons à dire quelques mots de l'hémorrhagie qui accompagne l'avortement. On sait que l'hémorrhagie est, pour ainsi dire, l'accident obligé de l'a-

vortement des premiers mois. En est-il de même au 5^e et au 6^e mois, alors que l'avortement est un accouchement en petit ; ce petit accouchement se rapprochera-t-il de l'avortement, au point de vue de ce symptôme ?

Dans un travail de ces dernières années (1), Uminsky a étudié cette question sous le titre d' « avortements sanglants et avortements non sanglants ».

Voici ses conclusions :

1^{re} « On peut attribuer la même cause à l'accouchement à terme et à l'avortement, quand le fœtus est mort. (Excitation des nerfs utérins par l'œuf devenu corps étranger).

2^e La mort du fœtus détermine des altérations des membranes qui détruisent les connexions organiques les unissant à l'utérus.

3^e Quand le fœtus meurt après le 4^e mois, l'expulsion se fait sans hémorrhagie.

4^e S'il est vivant, il y a une hémorrhagie qui précède et accompagne l'expulsion.

5^e Si le fœtus est mort, l'hémorrhagie de la délivrance est très faible.

6^e Si l'avortement est sanglant on doit s'y opposer par les moyens convenables.

7^e S'il n'est pas sanglant, il est inutile de s'y opposer ; il est fatal ».

Les faits sont-ils en rapport ou en contradiction avec ces conclusions ? C'est ce que nous avons voulu voir par l'étude de nos cas.

(1) Uminsky. Thèse de Paris, 1883.

Résultats de ces recherches :

Il nous semble que cela n'est pas aussi absolu ; ainsi nous pouvons citer l'observation V, M^{me} B..., qui expulsa un œuf en bloc, avec fœtus mort depuis 22 heures, et qui perdit beaucoup de 6 heures du matin à 8 heures, moment de l'expulsion.

Une autre femme, observée à la Maternité, a une légère hémorrhagie le matin même de l'avortement ; l'enfant était mort. Il nous paraît donc logique de demander que l'on vérifie les opinions d'Uminski, en apportant un plus grand nombre de faits.

EXPULSION DE L'ŒUF

(a) En bloc.

(b) Rupture de l'œuf et expulsion du fœtus et de l'arrière-faix séparément.

(a) Œuf en bloc.

Sur notre chiffre de 90 observations, nous trouvons 7 cas d'expulsion de l'œuf en bloc. Cette proportion de 1/13 prouve que c'est un mode de délivrance qui n'est pas encore très rare ; on l'observe aussi bien au 5^e et au sixième mois, puisque nous avons 4 cas pour le 5^e et 3 pour le 6^e.

Tarnier et Budin (T. 11, p. 483) disent « qu'il faut considérer comme exceptionnels les cas dans lesquels, au 5^e ou au 6^e mois, l'œuf est expulsé en entier, sans se rompre ; nous en avons cependant vu quelques exemples, même dans la grossesse gémellaire. »

Il faut, on le comprend, un état de flaccidité de l'œuf qui lui permette de s'allonger et de glisser à

travers l'orifice externe. Ces conditions se rencontrent quand l'œuf est mort; les modifications qui se font alors du côté du placenta favorisent vraisemblablement le décollement facile du placenta.

Une chute avec secousse violente, pourrait peut-être décoller totalement ou partiellement le placenta et favoriser ainsi l'expulsion d'un œuf surpris dans sa vitalité complète par ce traumatisme.

Les détails consignés dans les observations suivantes, nous semblent nous donner raison :

OBSERVATION I

Thèse de Genesteix, p. 98, 22 ans, primipare, constitution faible, — 18 jours avant son entrée, chute suivie de perte.

Dernières règles, 20 mars 1884.

Premières douleurs, 1^{er} août 1884 à 1 heure du matin; entre à 5 h. 1/2 matin. Expulsion de l'œuf entier à 6 heures du matin, 4 mois et 10 jours après les dernières époques. Le 4^e jour, expulsion d'un morceau de caduque, puis fièvre, lochies fétides. Injection intra-utérine; la température tombe pour se relever un peu, (pleurite tuberculeuse).

OBSERVATION II

Tyler Smith. Guéniot (Des vomissements incoercibles pendant la grossesse; Thèse de 1863), p. 26.

Cas de vomissement incoercible dans une première grossesse. L'avortement se déclare spontanément et l'œuf est expulsé. Il sortit en entier. « Le placenta devait avoir été détaché complètement de l'utérus au commencement du travail, car placenta, fœtus et membranes sortirent en un seul faisceau. La grossesse avait atteint le cinquième mois et l'œuf était très petit pour cette époque ».

OBSERVATION III

Thèse de Genesteix, p. 111, cinquième grossesse. 34 ans.

Œuf expulsé en entier.

Pas d'autres détails.

OBSERVATION IV

Marie F..., 18 ans. Syphilitique. Dernières règles au commencement de novembre 1881. Entrée le 24 avril 1882. Avorte le 15 en allant à la garde-robe. Expulsion de l'œuf *en bloc*.

Suites bonnes. Sort le 16 mai. Durée de la grossesse, environ 140 à 150 jours.

OBSERVATION V

Commencement du 6^e mois de la grossesse. Expulsion de l'œuf en bloc.

Observation communiquée par M. le docteur Remy.

M^{me} B..., est enceinte pour la troisième fois. Je fis une application de forceps à son premier accouchement en raison d'un rétrécissement du détroit supérieur (B. aplati simple). L'expulsion fut spontanée au deuxième accouchement. Les enfants allaités par la mère vivent. Depuis le second accouchement on a remarqué des accidents qu'on attribue à une sclérose en plaques.

Pendant que cette dame allaitait son dernier enfant, elle était réglée ; le 23 novembre 1887, elle eut ses règles pour la dernière fois ; depuis ce moment elle souffrit d'affaiblisse-

ment; consulté à cet égard à la fin de décembre, je fis cesser l'allaitement soupçonnant une grossesse en raison de cette aménorrhée et des troubles gastriques qui survinrent.

Les symptômes de la lésion de la moëlle s'aggravent d'une façon sensible et cette dame est soumise au traitement successivement par le nitrate d'argent, et le chlorure d'or.

Vers le 7 mai 1888, apparaît un écoulement rosé qui dure une semaine. 24 gouttes de laudanum en lavement par jour. (Cette dame avait fait une promenade en voiture).

Le 12 mai, elle perd du sang, le 13 de même, malgré les lavements laudanisés.

Le 15 mai, la malade est prise de coliques et d'écoulement sanguins vers 6 heures du matin, et à 8 heures 1/4, pendant qu'elle était debout, l'œuf tombe à terre. Il est complet, flasque, de couleur sale. Liquide amniotique brunâtre. Enfant mort. Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

Marie L..., 19 ans, syphilitique. Dernières règles au commencement de février 1883. Entrée le 19 août, et avorte presque aussitôt. *L'œuf est expulsé en entier*. Placenta pâle; en certains points aspect lardacé. Suites normales.

Durée de la grossesse environ 170 à 180 jours.

OBSERVATION VII

Marie Ger..., 20 ans. Dernières règles fin juin. Accouche debout chez elle. L'enfant tombe sur le plancher et meurt peu après. Poids 825 grammes. *Expulsion en bloc*. Ceci à la date du 8 décembre, suites bonnes pour la mère. Durée de la grossesse, environ 170 jours. Une sage-femme, appelée après cet avortement a extrait quelques caillots sanguins. Entrée à la Maternité seulement après.

(b) *Expulsion du fœtus isolément.*

Comme le dit Jacquemier (dict. encyclopéd., T. VII, 524), le fœtus n'ayant encore que des rapports de volume très éloignés avec le canal qu'il traverse, il ne suit pas les mêmes lois mécaniques que le fœtus à terme. Le fœtus n'a pas encore de présentation définitive, et celle-ci est extrêmement variable :

« G. Veit a noté, sur 43 avortements au 5^e et au 6^e mois, que l'extrémité céphalique sortit la première 62,8 0/0 fois, l'extrémité pelvienne 27,9 0/0 fois, et que dans 9,3 0/0 des cas, le fœtus présenta l'épaule » (Tarnier et Budin. T. II. P. 488).

DÉLIVRANCE.

Lorsque le fœtus est sorti des organes génitaux, on se conduit vis-à-vis du cordon comme on le fait à terme. Sur nos 90 observations, nous en possédons 41 où la délivrance s'est accomplie dans un temps relativement court. En général, on peut dire que le placenta se décolle peu après l'expulsion du fœtus, et que le délivre sort spontanément, ou à la suite des mêmes manœuvres que celles qu'on emploie à terme. Nombreux, pensons-nous, sont les cas où les choses se passent régulièrement, *et en peu de temps* ; et, si les observations publiées sont relativement rares, cela tient à ce que les médecins négligent de parler des cas se rapprochant de l'état normal, tan-

dis qu'ils publient plus volontiers ceux qui sont difficiles, en les donnant comme preuves en faveur de telle ou telle méthode de traitement.

Notre étude anatomique permet de penser que les phénomènes intimes de la délivrance sont identiques à ceux qui se présentent à terme.

Nous avons examiné, à cet égard, 41 observations de délivrance considérées comme normales. Nous avons trouvé que :

9 fois, la délivrance est achevée en très-peu de temps, de suite, quelques minutes après la sortie du produit de la conception.

16 fois, la délivrance est donnée comme normale, sans autres indications.

4 fois, en 10 à 15 minutes.

6 fois, de 1/4 d'heure à 3/4 d'heure après la sortie de l'enfant.

1 fois, 1 h. 1/2 après la sortie de l'enfant.

2 fois, 2 à 3 h. environ id.

1 fois, 4 h. id.

1 fois 5 h. id.

1 fois, 10 h. id.

Donc, sur 41 faits, 35 fois la délivrance est terminée dans les trois premiers quarts d'heure, six fois entre une heure et dix heures, (une seule fois, après 10 h.)

On pourrait peut-être discuter sur le cas de rétention pendant 10 heures, le considérer comme un cas de complication de la délivrance, parce qu'il dépasse six heures (chiffre fixé par Guéniot); mais, comme le fait concerne un avortement au 5^e mois, ce retard se trouvera mieux justifié.

La délivrance est spontanée quand on l'abandonne aux forces de la nature, mais souvent on intervient. Strasmann (1) dit avoir réussi plusieurs fois à *exprimer* le placenta dans les fausses couches du cinquième et du sixième mois.

On tire généralement sur le cordon ; celui-ci est assez solide pour supporter des tractions, à la vérité modérées. (Ribemont). Si le placenta est adhérent, ou si le col résiste, le cordon peut-être arraché, comme cela s'est produit dans une de nos observations n° LXXXVII.

Il serait intéressant de savoir quelle force on peut appliquer dans les tractions. Nous citerons ici une expérience entreprise par M. le Dr Remy, dans le but de vérifier la résistance du cordon, expérience qu'il a bien voulu nous communiquer :

Immédiatement après la terminaison d'une fausse couche, survenue à la fin du 5^e mois d'une grossesse, l'enfant étant vivant, il nota les faits suivants :

Longueur du fœtus : 28 ctm. — Longueur du cordon 45 ctm. Poids du placenta avec ses annexes : 210 gr.

Il passa le cordon à travers un anneau résistant devant représenter le col résistant ; puis, suspendant à l'extrémité libre du cordon différents poids, il vit se produire l'arrachement de la tige funiculaire sous l'influence d'un poids de 2000 gr. l'arrachement eut lieu au niveau du placenta, et le cordon entraîna

(1) Cité par Ribemont. Thèse d'agrégation 1883. (De la délivrance par traction et par expression).

un morceau de chorion et de villosités. Dans sa continuité, en prolongeant l'expérience, on vit le cordon se rompre sous l'action d'un poids de 4000 gr. — C'est donc à son insertion placentaire que le cordon présente le moins de résistance.

Durée de l'avortement.

Sur quatorze cas réunis au hasard, et qui renferment des renseignements, nous trouvons comme chiffres extrêmes de la durée de l'avortement comprise entre les premières douleurs et l'expulsion de l'enfant, deux heures un quart comme durée minima, vingt-sept heures comme maxima ; la moyenne donne le chiffre de onze heures. Quant à la rupture des membranes elle eut lieu :

six fois	peu d'instant avant la sortie de l'enfant	
une fois	20 minutes	id.
une fois	1 heure 1/2	id.
deux fois	3 heures	id.
une fois	5 heures	id.

Total : onze cas.

Pour les suites de couches nous renvoyons à ce que dit Tarnier. (T. II, p. 493.)

CHAPITRE III

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Nous voici arrivé au dernier chapitre de notre travail, celui qui a rapport au traitement de l'avortement.

Nous divisons ce chapitre en plusieurs paragraphes :

1° Traitement préventif.

2° Traitement curatif.

(a) Conduite à tenir en général.

(b) Traitement de l'hémorrhagie qui accompagne l'avortement.

(c) Traitement des complications de l'expulsion.

3° Traitement de la délivrance.

(a) Délivrance des premiers instants.

(b) Délivrance retardée.

§ 1. Traitement préventif.

Nous ne dirons que deux mots de cette question ; car le traitement préventif est le même que celui qui doit être dirigé contre tout avortement. C'est le laudanum qui est le médicament souverain et dont les excellents effets thérapeutiques, en la matière, ont

été bien indiqués par tous les accoucheurs et bien étudiés dans un travail spécial : la thèse de Charrier (1). Il cite un grand nombre de cas où les lavements laudanisés ont amené à terme une grossesse menacée d'avortement, et cela même après l'effacement du col.

On ne négligerait pas non plus l'emploi du chloral, des opiacés en général, les injections sous-cutanées de morphine, enfin le viburnum primifolium (2).

§ 2. Traitement curatif.

(a) Conduite à tenir en général, c'est-à-dire dans les conditions normales.

Cette conduite s'impose, c'est l'expectation.

N'avons-nous pas dit déjà que les avortements des cinquième et sixième mois étaient des accouchements en petit ? D'autre part, la délivrance est la règle, la rétention, l'exception. La conclusion est donc toute faite.

Nous allons citer à cet égard un nombre considérable d'observations que nous avons pu rassembler.

Nous nous empressons d'ajouter que, de toutes nos observations, celles qui ne renferment pas d'indication de provenance, viennent de la Maternité de Nancy.

(1) Charrier. De l'emploi du laudanum pour arrêter l'avortement. Th. Paris, 1886.

(2) Cordes. (Annales de Gynécologie, 1888.)

OBSERVATION VIII

Camille G..., 18 ans, primipare. Dernières règles le 6 septembre 1887. Accouche le 2 février 1888. Poids de l'enfant 370 grammes. Taille 27 centimètres. Délivrance normale. Suites bonnes. Cause inconnue. Durée de la grossesse environ 130 jours.

OBSERVATION IX

*Avortement au commencement du cinquième mois.
Hémorrhagies pendant la grossesse. Insertion du placenta dans la zone inférieure.*

Observation communiquée par M. le docteur Remy.

M^{me} H..., a eu deux accouchements normaux. Les enfants vivent. Elle vint me trouver le 7 septembre 1887 parce qu'elle perd du sang. Elle me raconte qu'à la fin de juin dernier, elle était en retard dans ses règles qui ne s'étaient plus montrées depuis 5 à 6 semaines ; elle eut un coup de soleil qu'un médecin traita par une purgation. Sur les entrefaites survint une métrorrhagie (sang liquide et gros caillots) qu'on considéra comme le résultat d'une fausse couche. Après cette hémorrhagie, M^{me} H..., fut 8 jours sans perdre, puis l'hémorrhagie reprit et continua tous les jours plus ou moins forte, sans occasionner de signes d'anémie. C'est après avoir perdu tout le mois de juillet et d'août qu'elle se décida à venir demander conseil. Col mou, orifice externe ouvert ; pas de ballonnement. Corps de l'utérus volumineux. Je posai le diagnostic d'une grossesse et conseillai le lit, des lavements laudanisés et quelques gouttes de perchlorure de fer. Ces pres-

criptions ne furent pas d'abord suivies à la lettre, mais comme l'hémorrhagie devenait plus forte la semaine suivante et que cette dame sentait le soir une boule durcir dans son ventre, force fut de suivre mes prescriptions. Cependant l'écoulement ne s'arrêta pas, et le 27 septembre, je fus appelé près de cette dame qui avait des coliques et perdait passablement. A mon arrivée, l'hémorrhagie était arrêtée, et comme je redoutais sa réapparition, et que, vu son éloignement, la malade pouvait se trouver sans secours, je mis un petit tampon par précaution. Rien pendant la nuit ; j'enlève les deux boulettes de coton le matin et je fais une légère injection.

Journée du 28 bonne.

Le 29 septembre, je fus appelé à 4 heures 1/2 du matin. Je trouve entre les cuisses un fœtus masculin, long de 19 à 20 centimètres ; je ne pus savoir s'il avait donné signe de vie. La délivrance n'est pas faite. J'apprends que M^{me} H..., a souffert toute la nuit de maux de reins et que le fœtus est sorti sans occasionner de douleur spéciale. Je procédai à la délivrance par tractions douces ; le placenta était en partie hors de l'utérus ; quelques caillots dans le vagin.

Le placenta était assez pâle, jaunâtre. La rupture des membranes avait eu lieu sur le bord du placenta. On peut donc se poser cette question : les hémorrhagies ne tenaient-elles pas à l'insertion du placenta dans la zone inférieure de l'utérus ? Ce qui ne serait pas un fait rare d'après Duncan (1).

OBSERVATION X

Marie C..., 17 ans. Date des dernières règles non indiquée. Entrée le 19 juin 1884. Avorte le même jour. Poids du fœtus 282 grammes, longueur du cordon 23 centimètres. Délivrance normale. Placenta sain pesant 170 grammes. Suites bonnes.

Cause attribuée à mauvais traitements. Durée de la grossesse, approximativement 5 mois.

(1) Duncan. Sur le mécanisme de l'accouchement. Traduit par Budin, p. 324.

OBSERVATION XI

Thèse de Genesteix, Paris 1886, p. 90. Grossesse de 4 mois environ. 27 ans, secondipare. Entrée à l'hôpital le 5 juillet 1884. Pas de syphilis. Délivrance naturelle et complète trois minutes après l'expulsion du fœtus.

OBSERVATION XII

Thèse de Genesteix, p. 112. Secondipare, 23 ans. Bonne constitution. Dernières règles, fin décembre. Premières douleurs, matin du 6 mai 1886. Délivrance incomplète trois heures après l'expulsion fœtale qui a eu lieu 4 mois et 16 jours après la dernière époque ; au sixième jour seulement sortit un débris de membrane — 38°,2.

OBSERVATION XIII

Victoire L..., 17 ans. Dernières règles le 17 décembre 1882. Entrée le 13 mai 1883. Accouche le même jour d'un enfant pesant 330 grammes. Taille du fœtus 27 centimètres. Délivrance normale. Poids du placenta 130 grammes. Suites bonnes. Sort le 2 juin. Cause attribuée à un effort.

Durée de la grossesse environ 130 à 140 jours.

OBSERVATION XIV

Thèse de Genesteix, p. 110. 25 ans, multipare. Bonne constitution. Entrée le 25 janvier 1885. Dernières règles au commencement de septembre. Expulsion le 25 janvier, envi-

ron 4 mois et 15-20 jours après la dernière époque. Délivrance spontanée cinq heures après l'expulsion du fœtus, précédée d'une hémorrhagie de 1500 grammes, arrêtée par une injection chaude.

OBSERVATION XV

Madeleine W..., 33 ans. Dernières règles le 28 mars 1881. Entrée le 27 août. Avorte deux jours après d'un enfant de 480 grammes. par présentation du siège. Taille de l'enfant 30 centimètres. Poids du placenta 250 grammes. Longueur du cordon 23 centimètres.

Le lendemain, écoulement sanglant, traité par le seigle, (0 gr. 50) qui donne expulsion d'un gros caillot. Le même phénomène se reproduit le lendemain. Même traitement. Après cela, suites bonnes. Sort le 4 septembre.

Cause attribuée à un long voyage en chemin de fer. Durée de la grossesse environ 151 jours. Délivrance normale.

OBSERVATION XVI

Marie G..., 29 ans. Syphilitique. Dernières règles au mois de juin. Entrée le 13 novembre 1879. Chemin faisant elle avorte d'un fœtus qui semble n'avoir pas vécu jusqu'à ce moment. Poids 245 grammes. Aussitôt arrivée à la Maternité elle expulse son placenta. Suites bonnes, délivrance normale. Durée de la grossesse environ 145 jours.

OBSERVATION XVII

Thèse de Genesteix, p. 107. Secondipare, 26 ans. Bonne constitution. Réglée en avril. Premières douleurs 1^{er} octobre à 6 heures du soir. Expulsion le 2 octobre à 8 heures du soir. Sortie du placenta et des membranes 10 heures après, n'a pas perdu beaucoup de sang. 37°,8 à la sortie du placenta, 37°,2 après.

OBSERVATION XVIII

Annales de gynécologie XXVII, p. 98. Kinisch Ritter. Retroversion de l'utérus gravide ; accidents graves qui en dépendent. Nécessité de provoquer l'avortement. Travail lent. Expulsion d'un fœtus de cinq mois et du placenta rapidement. Rétablissement.

OASERVATION XIX

Thèse de Genesteix, p. 102. Primipare, 19 ans, Entrée le 31 août. Délivrance naturelle et complète 35 minutes après l'expulsion du fœtus. Suites normales.

OBSERVATION XX

Thèse de de Genesteix, p. 101. Primipare, 41 ans. Dernières règles le 27 mars 1885. Premières douleurs le 31 août à 2 heures du matin. Rupture et expulsion spontanée le 1^{er} septembre à 9 heures du matin. 4 heures après, a eu une attaque d'éclampsie, sans suites graves.

OBSERVATION XXI

Thèse de Genesteix, p. 109. Secondipare, 26 ans. Syphilitique. Expulsion du fœtus et du placenta en même temps.

OBSERVATION XXII

Avortement à la fin du cinquième mois.

Observation communiquée par M. le docteur Remy.

Fille de 24 ans, réglée pour la dernière fois dans les premiers jours de mars 1887; fait une chute sur son siège dans les escaliers, le 17 juillet; elle prétend avoir perdu des eaux après cet accident. Craignant d'avoir une fausse couche, elle fait trois heures de chemin de fer pour se rendre chez une sage-femme. Je la vois le lendemain de son arrivée; elle se plaignait un peu, bien que du côté du col il n'y eut aucun signe de travail. Repos, lavements laudanisés; quelques jours après, je l'examine de nouveau; le col a toujours une consistance qui ferait mettre en doute l'existence d'une grossesse. Mais à la palpation je sens un globe dont le fond atteint l'ombilic; avec l'oreille seule je n'entend qu'un souffle utérin. Liquide dans les seins dont l'auréole est marquée. Pas de ballottement fœtal; la femme n'a jamais senti remuer. Elle perdit au bout de quelque temps un liquide jaune purulent qui devint ensuite rosé, puis un peu de sang, et le travail se déclara malgré le traitement par le laudanum. Le 7 août je trouve le col effacé, l'orifice externe fermé. Il s'écoule une assez grande quantité de sang (deux lavements avec 10 gouttes de laudanum). Expulsion d'un fœtus vivant, à 1 heure de l'après-midi. Il a respiré pendant 2 heures. Présentation du sommet: la délivrance est venue facilement au bout de 10-15 minutes après quelques tractions sur le cordon. Suites de couches normales. Longueur du fœtus vingt-huit centim. Longueur du cordon quarante-cinq centim. Poids du placenta et annexes 210 grammes.

OBSERVATION XXIII

Albine D..., 22 ans. Primipare. Dernières règles le 8 avril 1885. N'aurait pas senti les mouvements de son enfant. Le 31 août, à la suite de fatigues, perte de sang peu abondante pendant 2 jours. Plus rien jusqu'au 6 septembre, jour où se manifestent des douleurs lombaires et des pertes qui durent jusqu'au 8 à 9 heures du matin, jour de l'entrée. Col effacé à bords épais, entr'ouvert. Membranes intactes, présentation du siège. Lavement laudanisés, chloral, malgré cela travail persiste, et rupture des membranes, le 9 à 4 heures du matin, à 6 heures, expulsion de fœtus. Placenta décollé spontanément 3/4 d'heure après. Taille du fœtus 28 centimètres. Suites bonnes, quelques coliques seulement avec expulsion d'un caillot, le 10.

Durée de la grosse environ 130 jours.

OBSERVATION XXIV

Thèse d'Uminski, p. 37. Dernières règles le 12-14 octobre 1882, premières douleurs le 20 mars à 1 heure du matin. A 6 heures, perd beaucoup jusqu'à 2 heures du soir. Expulsion à 2 heures 1/2. Enfant de 600 grammes, vivant. Délivrance normale. (Avortement 5 mois et 8 jours après la dernière époque),

OBSERVATION XXV

B..., 22 ans. Entrée le 5 Mars 1883. Grossesse antérieure normale. Pas syphilitique. Dernières règles 18 septembre 1872. Perte augmente depuis 9 jours. Douleurs depuis 2 jours. Le 6 mars, accouche de 2 enfants vivants qui respirent 1/2 heure. Délivrance normale.

Durée de la grossesse environ 170 jours ou 5 mois et 15 jours environ.

(In Uminski. Thèse, Paris 1883. Des avortements sanglants et non sanglants).

OBSERVATION XXVI

Thèse de Genesteix, p.93. 26 ans, secondipare. Bonne constitution. Dernières règles, 18 avril 1884, entrée le 11 octobre, premières douleurs à midi. dilatation complète et rupture à 10 heures du soir, expulsion du fœtus à 11 heures 40, délivrance naturelle à 11 heures 50, 5 mois et 23 jours après la dernière époque. A eu une métrorrhagie onze jours avant l'avortement ; elle a duré 5 jours.

Nouvelle hemorrhagie peu abondante au moment de la délivrance.

L'enfant a vécu 16 heures.

OBSERVATION XXVII

Thèse de Genesteix, p. 93. 22 ans, primipare. Entrée le 6 septembre 1884.

Pas d'autres renseignements.

Délivrance 30 minutes après la sortie du fœtus. Pas d'hémorrhagie.

OBSERVATION XXVIII

Thèse de Genesteix, p. 86. 17 ans, primipare. Bonne constitution. Dernières règles, 15 juin 1883, premières douleurs le 7 décembre à 10 heures du matin. Terminaison le 8 décembre à 10 heures du soir. Délivrance à 11 heures 1/2 soir, environ 5 mois et 23 jours après la dernière époque. Température normale.

OBSERVATION XXIX

Thèse de Genesteix, p. 81. 37 ans, multipare. Bonne constitution. Début de l'avortement le 3 octobre 1883, entrée le 4 octobre, dilation complète le 4, à 11 heures. Expulsion du fœtus et du placenta à 11 heures 5. A eu plusieurs hémorrhagie pendant la grossesse. On estime à 5 mois 1/2 l'âge de la grossesse d'après les dimensions de l'enfant.

Cause : placenta prævia ?

OBSERVATION XXX

Thèse de Genesteix, p. 78. 28 multipare. Syphilis probable.

Pas d'autres renseignements.

L'avortement s'effectue normalement. Délivrance naturelle, 40 minutes après. Rien de particulier.

OBSERVATION XXXI

Femme P..., 41 ans. 3 accouchements normaux. Le 13 juin 1885, rupture spontanée des membranes. Procidence du cordon. La femme tire dessus et le rompt. Pas d'hémorrhagie. Le col et largement ouvert. Irrigations chaudes suivies de l'expulsion d'un fœtus macéré de 700 grammes. Délivrance naturelle aussitôt après

Observation XXIV, in Gerbaud.

OBSERVATION XXXII

Avortement au commencement du 6^e mois. Insertion velamenteuse. Rétention de quelques débris de membranes.

Observation communiquée par M. le docteur Remy.

M^{me} H..., 4^e grossesse. A eu ses dernières règles le 22 février 1887. Cette dame a perdu un peu de sang, tous les jours. Trois fois le travail s'est déclaré et a été arrêté par

des lavements laudanisés donnés par la sage-femme. Elle aurait perdu deux fois assez abondamment.

Je suis appelé près d'elle le 12 août 1887, à 9 heures du soir. Elle a commencé de souffrir vers 6 heures du soir, et expulse l'enfant à 8 heures 1/2, l'enfant a fait quelques inspirations. Après un certain temps quand la sage-femme voulut faire la délivrance par tractions, elle sentit le cordon céder. Craignant de ne pouvoir délivrer cette dame, elle me fait appeler.

Pendant ce temps elle parvint à saisir le placenta à son bord et à l'amener. Celui-ci est volumineux, intact; le toucher me fait reconnaître que l'orifice interne se resserre sur le doigt après que j'ai enlevé quelques caillots qui déterminaient des coliques. J'examinai le placenta, et je vis que l'insertion du cordon se faisait sur les membranes, des vaisseaux courent et se divisent sur les membranes à 3 ou 4 centimètres du bord du placenta.

Pendant les suites de couches, la femme a eu des coliques, et a perdu des débris de membranes enveloppés de quelques caillots. Le 6^e jour, je suis encore appelé pour des coliques, le ventre est plat, l'utérus très petit; lochies jaunes un peu fétides. Injections boricuées, 37°3. Lavement laudanisé le lendemain, état normal, 36°8.

OBSERVATION XXXIII

Julie A..., primipare; dernières règles 10 mai 1886. Fait un effort le 5 novembre; le 6 perd des eaux, et le 8 à 11 heures du soir avorte d'un fœtus de 600 grammes. Délivrance normale. Suites bonnes. Durée de la grossesse 160 jours.

OBSERVATION XXXIV

Femme W..., (du docteur Remy, Revue médicale de l'Est 1888, contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur).

Secondipare. Arrivée à son sixième mois de grossesse. Souffre d'accidents grávido-cardiaques. Avortement se déclare spontanément. Présentation de l'épaule, hémorragie, version, poids de l'enfant 920 grammes. Délivrance normale 25 minutes après.

OBSERVATION XXXV

Marie M..., 21 ans, primipare. Dernières règles le 28 août 1887. Avorte le 10 mars 1888, après 4 heures de travail d'un fœtus macéré pesant 800 gr. d'une longueur de 31 centim. qui présente au niveau de l'ombilic un rétrécissement considérable du cordon, cause probable de la mort.

Délivrance normale, suites de couches : les deux premiers jours apyrenie, puis survient un frisson, température élevée. On fait injection. Il y a du mieux et la malade quitte l'hôpital sans permission.

Durée de la grossesse environ 170 jours.

OBSERVATION XXXVI

Madame P..., 24 ans, pluripare. Enceinte pour la quatrième fois. Trois premières grossesses normales. Grossesse actuelle : dernières règles le 20 janvier. Entrée à la Maternité le 29 juillet, après une hémorragie survenue sans cause connue. Expulsion à 5 heures d'un fœtus mort-né mal conformé.

Délivrance normale, suite de couches bonnes. Pas d'autres renseignements. Durée de la grossesse environ 170 à 180 jours.

OBSERVATION XXXVII

Marie L..., 35 ans. Pluripare. Grossesses antérieures normales, sauf la troisième qui est un avortement à 5 mois, avec délivrance normale et suites bonnes. Six enfants vivants.

Grossesse actuelle : dernières règles le 28 janvier 1886. Aurait ressenti les premiers mouvements du fœtus le 25 mai. Entrée à la Maternité le 26 juin et expulse un fœtus un quart d'heure après, du poids de 1280 gr. Il est vivant et on lui applique le gavage. La poche des eaux était rompue depuis trois jours.

Suites bonnes, délivrance normale. Durée de la grossesse environ 170 à 180 jours.

OBSERVATION XXXVIII

Aline G..., 19 ans, primipare, dernières règles le 10 janvier 1885. Entrée à la Maternité à la suite d'un voyage de 120 kilom. avorte le lendemain, c'est-à-dire le 4 juillet, d'un fœtus de 735 gr. qui vécut deux heures. Délivrance spontanée ; pas d'hémorragie.

Suites bonnes. Durée de la grossesse environ 180 jours.

OBSERVATION XXXIX

Aline P..., 17 ans. Syphilitique. Date des dernières règles inconnue. Avortement le 3 juillet 1884, d'un fœtus de 600 gr. Taille 32 centim. Délivrance spontanée. Poids du placenta 260 gr. Suites bonnes.

Durée de la grossesse environ 6 mois.

OBSERVATION XL

Madame R..., 25 ans. Syphilis maternelle. A eu cependant déjà 3 grossesses antérieures normales. Date des dernières règles inconnue. A senti remuer l'enfant vers le 25 décembre 1882. Entrée le 16 février 1883. On institue le traitement à l'hydrargia. Le 7 mars, elle expulse un fœtus de 530 gr. Longueur du cordon 35 centim. Délivrance spontanée quelques minutes après.

Suites bonnes. Sort le 19 mars.

OBSERVATION XLI

Marie C..., 26 ans. Entrée le 23 février 1882. Dernières règles fin d'août 1881. Avorte le jour de l'entrée, d'un fœtus de 800 grammes Taille 30 centim. Longueur du cordon 33. Expulsion normale du placenta. Suites bonnes. Avortement. 5 mois et 28 jours après le commencement de la dernière époque. L'enfant a vécu 40 heures.

Cause attribuée à une chute.

OBSERVATION XLII

Madeleine S..., 24 ans. Entrée le 25 novembre 1881. Syphilitique. Dernières règles le 20 mai 1881. Accouche le 26 novembre, d'un enfant pesant 765 grammes. Taille de l'enfant 33 centim. Expulsion du placenta peu après. Quelques pertes rouges. En somme, suites bonnes. Sort le 17 décembre.

Durée de la grossesse environ 180 jours; la taille et le poids de l'enfant laissent croire à un avortement de 6 mois au plus.

OBSERVATION XLIII

Marie M..., 19 ans. On ne donne pas la date des dernières règles. Entrée le 20 novembre 1881, à la Maternité, accouche le même jour d'un fœtus pesant 885 grammes, qui a vécu une 1/2 heure. Taille de l'enfant 35. Suites bonnes, délivrance normale. Cause inconnue. Durée de la grossesse, probablement de 160 à 170 jours.

OBSERVATION XLIV

Marie P..., 28 ans. Dernières règles au début de décembre 1881. Entrée le 2 juin. Expulsion totale le 9 juin. Poids du placenta 310 grammes. Suites bonnes. Cause inconnue.

Durée de la grossesse environ 180 jours.

OBSERVATION XLV

Marie L..., Dernières règles, époque indécise, probablement mois d'octobre 1878. Entrée à la Maternité le 30 mars 1879, elle avorte d'un enfant du sexe masculin pesant 1200 grammes, mort-né, long de 34 centim. Délivrance spontanée quelques minutes après. Légère hémorragie consécutive, dont 50 centigrammes d'ergot de seigle ont facilement raison. Suites bonnes. Sort le 12 avril 1879. Causes inconnues.

Durée de la grossesse environ 165 jours.

OBSERVATION XLVI

Thèse de Genesteix, p. 78. Primipare, 24 ans, on rompt les membranes 30 minutes après la dilatation complète. Terminaison spontanée 5 minutes après. Délivrance complète et naturelle, 10 minutes après.

OBSERVATION XLVII

Thèse de Genesteix, p. 88. Délivrance naturelle 30 minutes après l'expulsion du fœtus, pas d'hémorragie.

OBSERVATION XLVIII

Thèse de Genesteix, p. 88. Primipare, 24 ans. Pas d'hémorragie au moment de la terminaison, ni de la délivrance qui s'effectue 1/4 d'heure après l'expulsion de l'enfant.

OBSERVATION XLIX

Thèse d'Uminski. D..., 20 ans, entrée le 1883. Réglée à 14 ans. Non syphilitique. Dernières règles le 26 juillet 1882. Avorte le 9 février, à 4 heures du matin. Expulsion facile. Enfant mort-né et macéré. Quelques grammes de sang à peine. Durée de la grossesse environ 6 mois.

OBSERVATION L

(Pinard) Annales de gynécologie, T. XXV, p. 333. — 22 ans. Secondipare. Dernières règles le 25 novembre 1884. Insertion vicieuse du placenta. Travail le 20 mai (6 mois et 5 jours après la dernière époque). Rupture artificielle des membranes. Ex pulsion spontanée d'un enfant mort-né, un peu macéré (siège). Délivrance aussitôt après son hémorragie.

OBSERVATION LI

M^{me} L..., Tuberculose à la dernière période. Vient du service de M. Bernheim. Accouche d'un enfant de 1030 grammes non viable. Puerpéralité normale. Meurt peu après. Pas d'autres renseignements.

OBSERVATION LII

Célestine L..., 25 ans. Secondipare. Syphilitique. Première grossesse à 19 ans, normale. Deuxième grossesse: Date des dernières règles inconnue. Ne peut dire l'époque des premiers mouvements du fœtus. Accouche le 16 mars 1886, d'un enfant mort-né. Durée du travail, 6 heures. Longueur de l'enfant 35 centim. Longueur du cordon 36 cent. Fœtus macéré, l'épiderme se détache facilement. Placenta blanchâtre. Délivrance normale. Suites bonnes.

Durée probable de la grossesse, 160 à 175 jours.

(b) *Traitement de l'hémorrhagie qui accompagne l'avortement.*

Nous devons considérer la question à un double point de vue :

1^o *L'hémorrhagie a lieu avant l'avortement.* — Dans ce cas, on doit toujours garder l'espoir d'enrayer le travail abortif, et on fera tous les efforts possibles pour y arriver en employant le traitement préventif dont il est parlé plus haut. Bien évidemment on ne songera pas à l'eau chaude dont nous allons voir les effets.

2^o *L'hémorrhagie a lieu pendant le travail d'avortement.* Nous avons deux grands moyens de la combattre : les *injections d'eau chaude*, et le *tamponnement*.

L'eau chaude est un excitant de la contractilité de la fibre musculaire.

Mon excellent ami et condisciple, le docteur Lorrain (1), a bien étudié son action dans une thèse intitulée : *de l'eau chaude en obstétrique*. Qu'il nous soit permis de lui emprunter un peu de son travail.

Il a remarqué, dans ses expériences, que plus la température est élevée, plus les contractions sont intenses, mais aussi plus elles sont courtes ; donc, puissance et intermittence des contractions, voilà les effets de l'eau chaude ; cela se rapproche, on le voit, des phénomènes naturels de l'accouchement.

(1) Lorrain, de l'eau chaude en obstétrique. Th. Nancy, 1887.

C'est le contraire de l'action du seigle ergoté qui rend la contraction utérine continue en supprimant les intermittences physiologiques normales, et qui produit la tétanisation de la matrice.

Plus loin, le Dr Lorrain ajoute : « Parmi les causes de rétention placentaire, il en est une que nous devons signaler, car elle est parfois très-avantageusement combattue par les injections chaudes : c'est le *spasme du col*. »

Dans deux cas, il a vu le spasme céder à une seule injection ; un de ces cas est notre observation n° LXXXVII d'Augustine S... N'insistons pas ; disons seulement que l'eau s'emploie à une température variant de 40 à 50 degrés, et qu'on se sert de préférence d'une solution sublimée à 1/2000, ce qui fait qu'on obtient une double action, physiologique et antiseptique.

Quant au tamponnement, il est fréquemment utilisé aussi, et l'on a vu des hémorrhagies relativement abondantes céder devant deux petits tampons de coton phéniqué ou boriqué.

Ici une remarque est à faire : On tamponne avant la rupture des membranes, c'est classique. Mais doit-on le faire après cette rupture ? Pour répondre nous nous appuierons sur le fait suivant : à terme, dans un placenta prævia, la rupture s'étant produite, et l'hémorrhagie persistant, on a tamponné et on a réussi, les dangers d'hémorrhagie interne n'existant pas, comme le démontre nombre de cas.

Donc nous avons deux grands moyens d'hémostase : *L'eau chaude*, et le *tamponnement*.

Il est bien évident que ce que nous venons d'ex-

poser ne s'appliquera qu'aux hémorrhagies sérieuses, offrant du danger ; Pour les hémorrhagies légères on emploie les moyens simples ; repos, situation horizontale, froid à la région abdominale etc.

(c) *Traitement des complications de l'expulsion.*

1^o *Accidents du côté de la mère.* — Si la mère a des convulsions, est prise de syncopes ou se plaint d'oppression trop forte, l'indication est claire ; il faut hâter le travail d'expulsion, et les injections d'eau chaude rendent ici encore un réel et grand service.

2^o *Accidents du côté de l'enfant et de l'utérus.*

1^o *Procidence du cordon* : Il faut essayer de le replacer, et non pas tirer dessus, ce qui exposerait à l'arracher (Obs. XXXI).

2^o *Résistance du col* : injections chaudes.

3^o *Présentations vicieuses* : Cet accident importe peu. Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les diamètres de la tête fœtale sont encore trop peu accusés pour que, dans ces cas, la situation soit embarrassante. Quelle que soit la présentation vicieuse, l'enfant passera plié, et voilà tout. A ce sujet M. le Dr Remy nous a cité un cas dans lequel l'enfant étant en présentation de l'épaule, le bras procident, une sage — femme tira sur le bras et le fœtus vint, plié en deux, la tête aplatie sur le thorax, et pourtant il pesait 1620 grammes.

Cependant il peut se trouver des cas où l'on soit obligé d'intervenir et de pratiquer la version. Si pour

une cause quelconque la mère est en danger, on doit hâter l'accouchement.

Nous publions à cet effet une observation que nous avons trouvée dans une brochure de M. le Dr Remy (1) intitulée ; « Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur.

OBSERVATION LVIII

Madame R..., 23 ans, primipare, santé délicate.

Entrée à la Maternité le 13 août 1884.

Dernières règles le 5 janvier 1884.

Vers le 5^e mois, troubles du côté du cœur, de la respiration. Palpitations, essoufflement. L'état ne fait que s'empirer. Examen de l'appareil cardio-pulmonaire. Diagnostic : insuffisance et rétrécissement mitral.

La dyspnée augmente, la face est pâle, les lèvres violacées; œdème des extrémités et de la vulve. Symptômes à peu près identiques pendant quelques jours ; mais la dyspnée augmente bientôt, la respiration arrive à 40 par minute, le pouls est rapide, la face est plus pâle, enfin on constate la présence d'un hydrothorax. Décision de provoquer l'accouchement prématuré le 26 août. Injections chaudes. Puis le 28, dilatation mécanique par une bougie de Krause. Accouchement — délivrance normale. Meurt 6 jours après de son affection cardiaque.

On voit qu'il y avait urgence ; mais c'est là un cas d'exception. En général cela se passe comme nous l'avons dit plus haut.

(1) Remy : de l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur. Extrait de la revue médicale de l'Est 1888.

§ 3. — Traitement de la délivrance.

(a) *Délivrance des premiers instants.*

(b) *Délivrance retardée.*

(a) *Délivrance des premiers instants.*

A ce sujet, rappelons la statistique établie dans le chapitre précédent : sur 41 cas de délivrance normale, 35 fois elle est terminée dans les trois premiers quarts d'heure ; les six autres varient de 1 h. à 10 h. (un seul à 10 h.). Voilà au point de vue du temps ce que nous entendons par : *premiers instants*.

Nous ne referons pas le traitement dans ces cas ; il l'a été dans le chapitre en question.

(b) *Délivrance retardée, son traitement.*

C'est cette partie du traitement de la délivrance qui nous intéresse le plus directement, car rarement une question médicale a donné lieu à plus de controverses. Les accoucheurs furent d'abord partagés en deux camps bien séparés : dans l'un, les interventionnistes, dans l'autre les non-interventionnistes. Les méthodes étaient entièrement tranchées, les avis absolus : *intervention*, d'une part, surtout chez les accoucheurs étrangers ; *expectation*, de l'autre, surtout chez les médecins français.

Mais, comme toutes les opinions extrêmes, celles-ci se sont mitigées aussi, et il semblerait aujourd'hui qu'on a reconnu que chacune des deux méthodes ri-

vales avait ses avantages, ses inconvénients, ses indications spéciales. Une troisième école s'est formée, qu'Auward a qualifiée d'Eclectique.

Avant de parler du traitement de la délivrance retardée, disons quelques mots de ses causes principales :

La délivrance peut être retardée soit :

1° *Par l'adhérence du placenta*, car, malgré ce que nous avons vu dans le chapitre anatomique, il peut arriver, au commencement du 5^e mois surtout (obs. LVIII, LXXXIV et autres) que le décollement ne soit pas facile à obtenir et alors, si l'on tire fort sur le cordon, celui-ci se rompt.

2° *Par enchatonnement du placenta*, comme dans l'observation LXXVI, due à l'obligeance de M. Herrgott.

3° *Par constriction des orifices*, comme dans l'observation LXXXVII. F. Augustine S...

4° *Par gracilité du cordon*. (Expériences de M. Remy).

5° *Enfin par insertion vélamenteuse du cordon* : Voir obs. XXXII, et LXIII.

Maintenant faisons le résumé succinct de l'opinion d'un certain nombre d'auteurs.

Pour Baudelocque (1), il faut, à partir de 4 et 5 mois, se comporter comme dans l'accouchement à terme, aussi bien pour l'expulsion du fœtus que pour celle de l'arrière-faix.

(1) Baudelocque. In principes de l'art des accouchements, pages 492, 493.

« Si l'hémorrhagie est abondante, s'il y a des convulsions, etc.... et que le placenta en soit cause, il faut se hâter de l'extraire. » (M^{me} Boivin) (1).

La même accoucheuse préconise l'emploi de la main pour l'extraction, et le tamponnement contre l'hémorrhagie.

Pour Velpeau (2), dans les cas de rétention placentaire, la meilleure pratique est celle qui consiste à porter la main dans la matrice plutôt que d'y laisser des portions du délivre. D'après lui, le placenta, resté dans la matrice, y joue le rôle de corps étranger, et devient une cause continuelle d'accidents de tous genres.

M^{me} Lachapelle professe la même opinion.

Mais passons à des auteurs plus contemporains, en faisant toutefois remarquer, qu'à l'époque à laquelle exerçaient ces praticiens, l'antisepsie était peu ou même point connue.

Voici d'abord comment se prononce Jacquemier :

« Dès le 5^e et 6^e mois, les rapports de volume du fœtus et du délivre étant l'inverse (que dans les 1^{ers} mois) le travail abortif se fait généralement en 2 temps et se rapproche de l'accouchement prématuré; si la délivrance ne se fait pas spontanément après la sortie du fœtus et si les tractions sur le cordon et les pressions sur l'utérus ne suffisent pas, il faut

(1) M^{me} Boivin. Mémorial de l'art des accouchements, Paris 1824.

(2) Velpeau. Traité complet de l'art des accouchements, Paris 1835. T. I. L. V.

tenter la délivrance artificielle avec la main, avant que le col ait eu le temps de se rétracter (1).

Beaugrand (2) partage la même opinion et insiste sur l'emploi de la main qu'il préfère à tout instrument.

Chailly-Honoré (3) croit à la possibilité de phénomènes graves dus à la présence du placenta, et il intervient, même lorsque la main ne peut pénétrer dans l'utérus. Il a inventé un procédé spécial, qui consiste à se servir d'une petite baleine très unie, introduite, courbée en double et non pliée, dont on tourne les deux extrémités, restées dehors, plusieurs fois sur elles-mêmes, afin d'engager le placenta ou ses débris, dans l'anse contenue dans l'utérus.

Ce procédé, dit Chailly-Honoré, lui a souvent réussi.

A côté de lui, nous trouvons d'autres interventionnistes, surtout chez les étrangers. Citons-en quelques-uns :

Schwartz (4), de Halle, conseille le traitement suivant : contre les hémorrhagies, le tamponnement, les injections intra-utérines (boratées, salicylées, sublimées, chaudes à 40° ou très froides). Si c'est insuffisant, il faut dilater le col, et si l'œuf ne sort pas en entier, on doit pratiquer le grattage avec la curette.

(1) In-Jacquemier. Dictionnaire encyclopédique. Article, avortement. T. VII.

(2) Beaugrand. Dictionnaire encyclopédique. Tome 7. 1^{re} série, p. 572.

(3) Chailly-Honoré. Traité des accouchements, p. 303.

(4) Archives de Tocologie, 1885, page 552.

Wright (1). Il y a deux méthodes :

1° L'expectation qui expose à l'hémorrhagie et à la septicémie;

2° L'intervention.

Quand le col est dilaté ou *dilatable* et qu'il y a hémorrhagie, il faut vider l'utérus avec le doigt, de préférence à tout autre instrument.

Southwick (2). Le traitement actif consiste dans l'enlèvement *immédiat* de ce qui reste du placenta, avec les doigts, la pince ou la curette. Cependant il semble craindre quelques complications.

Nous arrivons à Doléris, qui est actuellement un fervent de l'école interventionniste et qui a préconisé un nouveau procédé, l'*écouvillonnage*, pour la pratique duquel on lui doit l'invention de l'écouvillon.

Dans une discussion mémorable de la société obstétricale de Paris, du 11 mars 1886, Doléris (3) soutient qu'en pratique :

« 1° On ne connaît pas la quantité au point de vue des chances pour ou contre la putréfaction et, pour lui, il est impossible de prévoir les accidents. L'odeur ne suffit pas toujours et elle démontre que l'ennemi est déjà installé dans la place. On ne prévoit pas l'odeur, on la constate, et alors le mal est déjà fait.

(1) Medical New, 27 juin 1885. Traitement de l'avortement inévitable.

(2) American journal of obstetrics, septembre 1885, page 934.

(3) Archives de Tocologie. Société obstétricale de Paris séance du 11 mars 1886.

2° L'adhérence partielle du placenta ne prévient pas les risques de la septicémie; il suffit d'un décollement, même limité, pour donner prise à la putréfaction; ce décollement n'est même pas nécessaire, le sang et les caillots putréfiés suffisent.

3° Reste malgré tout l'hémorrhagie, et contre elle, contre son abondance et sa répétition, on ne possède que la perspective des tamponnements multiples. L'évacuation *complète* et *hâtive* de l'utérus sauve de toutes les éventualités défavorables. Les partisans de l'intervention ont établi le parallèle entre l'expectation et l'action; tous sont favorables à cette dernière ».

Et Doléris termine en déclarant qu'il importe peu que l'œuf ait six semaines ou plusieurs mois, si sa rétention peut occasionner des accidents.

Quant au procédé d'intervention, Doléris introduit d'abord un doigt, puis, après, un sachet de Barnes. Il arrive très vite à une dilatation plus que suffisante par l'introduction successive de sachets de dimensions différentes. Au bout de quelques minutes, on obtient une large dilatation du col, ou tout au moins une dilatation qui permette le curage.

Il préconise donc le curage; mais ici il trouve des adversaires redoutables. « La curette, dit Budin (1), agit en aveugle; elle est, de plus, dangereuse, car en sectionnant la muqueuse saine, elle ouvre des portes à l'infection ».

(1) Budin. Communication à l'Académie de Médecine, 23 novembre 1886.

A l'appui de cette idée que la curette agit en aveugle, rappelons en passant le fait de ce médecin allemand qui pratiqua le curage, croyant avoir affaire à une rétention placentaire et qui, deux jours après, vit avec stupéfaction l'expulsion spontanée d'une moitié de fœtus. La curette avait enlevé le reste en guise de placenta. Nous pouvons, de plus, faire remarquer à Doléris qu'un cas, qui lui est personnel, apporte encore une justification à l'objection de Budin.

Nous trouvons en effet, dans les archives de tocologie (séance de septembre 1867, société obstétricale et gynécologique de Paris), un cas rapporté par Lancry, interne, cas dans lequel Doléris a employé son procédé par la curette et l'écouvillon, et cependant *6 jours après*, il y a eu encore expulsion de deux petits fragments de placenta.

De plus, Budin, dans la même brochure, établit la statistique suivante : « Sur 210 faits d'avortement, il y a eu 46 fois rétention placentaire. Les accidents consécutifs à cette rétention ont été très-rares ; une seule femme a succombé, et il est douteux que ce soit de septicémie. Donc quand on met les femmes dans des conditions favorables d'asepsie, la rétention du placenta, n'est pas, comme on l'a prétendu, une source d'accidents. »

Enfin il soutient que les manœuvres digitales et instrumentales ne sont pas sans danger, et il cite des cas empruntés à plusieurs auteurs. En résumé, il se prononce pour *l'expectation avec antiseptie*. D'après lui, les injections intra-utérines, doivent suffire, même en cas de septicémie intense.

Cette méthode a trouvé de nombreux approbateurs, surtout dans ses points principaux. Cependant nous voyons Tarnier (1) écrire : « Si la plus grande partie du placenta fait saillie dans le vagin et s'y immobilise pendant plusieurs jours, sans sortir entièrement du col, on peut raisonnablement songer à l'enlever surtout si des symptômes de septicémie apparaissent.

Tarnier préfère l'emploi de la main. Auward (2) admet le curage, *comme opération de dernière ressource seulement.*

Hervieux (3) cite une statistique de Kartner qui donne 69 mortes sur 429 artificiellement délivrées, puis rapporte un cas de rétention au 6^e mois pendant 21 jours, avec expulsion dans un parfait état de conservation.

Nous trouvons un avis un peu différent dans Charpentier (4). Il se prononce pour l'expectation armée tant que des accidents graves ne sont pas probables. « Mais, ajoute-t-il, quand les premiers symptômes de la putréfaction placentaire apparaissent, il ne faut plus hésiter. Si le col est perméable, on pratique l'extraction par la main ou les instruments ; s'il ne l'est pas, dilatation par la laminaria, l'éponge pré-

(1) Tarnier et Chantreuil. Traité des accouchements T. II. P. 507.

(2) Auward. Gazette hebdomad. de médecine et de chirurgie. Année 1886. 74.

(3) Hervieux, archives de Tocologie, année 1877. p. 705.

(4) Charpentier. Traité des accouchements, 1^{er} vol. chap. de l'avortement.)

parée, le dilatateur de Tarnier, les sachets de Barnes, etc. etc. »

Toujours à la suite, injections anti septiques.

Citons encore le résumé d'une leçon de M. le Professeur Pajot (1), que nous devons à l'obligeance de notre vénéré maître M. A. Herrgott. « Si on a le malheur d'intervenir dans les premières heures qui suivent l'expulsion du fœtus, quand le placenta est décollé, on a 60 mortes sur 68 — ». Il cite P. Dubois, et se prononce encore pour l'expectation armée.

Nous ne multiplierons pas davantage ces citations ; elles montrent suffisamment la divergence d'opinions qui existe chez les praticiens.

Si nous n'avons pas réuni la septicémie avec l'hémorragie c'est que plus loin elle va trouver place. Si nous examinons la rétention, elle se présente sous deux aspects :

1^{re} Rétention sans complications.

Dans ces cas, au bout de quelques jours un nouveau travail se déclare avec plus ou moins d'hémorragie, et le placenta est expulsé.

(1) Archives de tocologie, 1886, p. 149.

OBSERVATION LIV

Thèse de Genesteix, p. 103. 32 ans seconpare. Bonne constitution. Dernières règles en mai. Premières douleurs le 13 septembre à 8 heures du matin. Terminaison le 13 septembre, spontanée. Expulsion du placenta le 18 septembre; a eu 38°, les lochies fétides. Injections intra-utérines la température descend à 37°,4 et ne remonte plus.

OBSERVATION LV

Thèse de Genesteix, p. 96. 35 ans, Primipare. Bonne constitution. Dernières règles en septembre 1884. Premières douleurs le 28 janvier au soir. Terminaison le 29 janvier à huit heures du matin. Rétention du placenta, 36 heures. Température normale, pas d'hémorrhagie ni pendant la rétention ni au moment de l'expulsion.

OBSERVATION LVI

Thèse de Genesteix, p. 95. Multipare, 37 ans. Bonne constitution. Dernières règles le 16 juillet 1884. Premières douleurs le 29 novembre à 4 heures du matin. Dilatation complète, rupture de l'œuf et expulsion le 29 à 9 h. 40 du matin, 4 mois et 13 jours après la dernière époque. Délivrance le 2 décembre à 9 heures du soir; placenta expulsé le quatrième jour. Les lochies furent fétides, sans fièvre, grâce aux injections vaginales faites toutes les heures. Perdait depuis cinq semaines.

OBSERVATION LVII

Thèse de Genesteix p. 92. Secondipare. Bonne constitution. Grossesse gémellaire. Dernières règles le 29 mars 1884. Premières douleurs le 5 août 1884 à huit heures du matin. Rup-

ture du premier œuf le 10 août à 6 heures du matin, 4 mois et 11 jours après la dernière époque. Dilatation complète à 11 heures du matin. Expulsion quelques minutes après. Rupture du deuxième œuf le 11 août à huit heures du soir. Dilatation complète, le 12 août à 11 heures du soir. Expulsion quelques minutes après.

Les délivrances naturelles l'une et l'autre, se sont effectuées séparément à deux jours de distance.

OBSERVATION LVIII

Louise P..., 40 ans. Secondipare. Première grossesse normale. Grossesse actuelle de 5 mois. Hémorrhagie pendant 2 jours, qui cessa, 8 jours après, rupture de la poche, expulsion d'un fœtus, suivie d'hémorrhagie grave.

Cordon procident. Placenta adhérent. Injections intra-utérines à 48°. Hémorrhagie s'arrête. On continue injections et, deux jours après, expulsion du placenta. Guérison.

Obs. XXXVIII in Gerbaud.

OBSERVATION LIX

Thèse de Genesteix, p. 104. Secondipare; 32 ans. Bonne constitution. S'est beaucoup fatiguée, perdit de temps en temps un peu de sang. Dernières règles le 17 avril. Premières douleurs le 12 septembre. Expulsion le 13 septembre à neuf heures du soir. Le 13, à son entrée 38°, 2; 40° au moment de l'expulsion du placenta le 19. Injections intra-utérines. Le 19 au moment d'une injection, le placenta paraît à la vulve. Les lochies n'ont point été fétides (avortement 4 mois et 26 jours après la dernière époque).

OBSERVATION LX

Thèse de Genesteix, p. 108. Primipare, 30 ans. Bonne constitution. Dernières règles au milieu de mai. Premières douleurs le 2 octobre à 10 heures du matin. Rupture des membranes à 8 h. 1/4 du soir. Expulsion du fœtus à 8 h. 25, 4

heures 1/2 environ après la dernière époque. Placenta expulsé trois heures après. Il manque la caduque; 38° au moment de l'expulsion du placenta, puis 37°,2. La caduque part en débris dans les injections.

OBSERVATION LXI

Thèse de Genesteix, p. 84. 30 ans, Secondipare. Bonne constitution. Dernières règles le 24 juin 1883. Entrée le 19 novembre à huit heures du soir; en douleurs depuis midi. Dilatation complète à 11 heures du soir. Expulsion quelques minutes après — siège — 4 mois et 25 jours après la dernière époque. La délivrance s'effectue naturellement le 21 novembre à minuit 45 minutes. 25 heures après l'avortement; rétention 2 jours, quelques injections vaginales antiseptiques 37°,6.

OBSERVATION LXII

Thèse de Genesteix, p. 112. Bonne constitution. 26 ans. Syphilis. Dernières règles, octobre. Premières douleurs le 29 mars, matin. Dilatation et rupture à 12 h. 40. Expulsion 29 minutes après. Enfant macéré. (Grossesse de 5 mois). Délivrance incomplète deux heures plus tard : *caduque retenue*. Injections, sortie d'un gros fragment. Lochies non fétides.

OBSERVATION LXIII

M^{me} X..., 30 ans. Avortement à 6 mois, d'un fœtus de 750 grammes, d'une taille de 29 centimètres. Rétention du placenta. Insertion vélamenteuse du cordon. Hémorrhagie abondante. Lavages répétés qui amènent, depuis le 22 mars jusqu'au 4 avril, des caillots avec des débris placentaires.

Le 5. Vives coliques. Expulsion d'un morceau de placenta gros comme la paume de la main, ayant une odeur très fétide. Continuation des lavages, et le 10 avril, la guérison est certaine.

Obs. XLI in Gerbaud, communiquée par le docteur Blanc, de Lyon.

OBSERVATION LXIV

Brébant. — Placenta d'une grossesse de 5 à 6 mois qui ne fut expulsé qu'à 8 mois avec suites bonnes.

OBSERVATION LXV

Observ. d'Auward. — Un rapport le 26 mars, hémorrhagie le 11 septembre, rétention du placenta 6 jours. Expulsion spontanée du placenta.

OBSERVATION LXVI

Thèse de Genesteix, p. 104. — Primipare, 22 ans, bonne constitution. Dernières règles, commencement d'avril. Premières douleurs le 22 septembre à 4 heures du soir. Terminaison spontanée à 6 heures 1/4. Expulsion de membranes incomplètes le 23 à 10 heures. Frisson le 5^e jour, 39°2. Injection intra-utérine le 26 ; les lochies ne sont pas fétides. Fièvre pendant une douzaine de jours. Phlébite, 43 jours de séjour.

Avortement 5 mois et 20 jours environ après la dernière époque.

OBSERVATION LXVII

Thèse de Genesteix, p. 111. — 22 ans, primipare. Bonne constitution. Dernières règles ? Douleurs le 27 mars. Dilatation complète, rupture le 28 à 7 heures 1/2 du matin. Expulsion d'un fœtus macéré quelques heures après. Délivrance incomplète à 8 heures du matin. Rétention complète des membranes. Injections vaginales, 37°4, pas de fétidité, quitte l'hôpital le 9^e jour.

OBSERVATION LXVIII

Marie D..., 27 ans. Deux grossesses à terme. Avorte cette fois à 5 mois d'un enfant de 750 gr. après 2 heures de travail. Délivrance naturelle. Hémorrhagie enrayée par injections chaudes. Accidents de septicémie enrayés par irrigation avec solution phéniquée à 1/100 ; issue au bout de 3 jours d'un cotylédon placentaire gros comme une noix, non putréfié.

Observation XLII in Gerbaud, de M. Pinard.

OBSERVATION LXIX

Hélène C..., 19 ans. Syphilitique. Avorte à 6 mois d'un fœtus macéré. Rétention du placenta pendant 2 jours, à la suite d'injections, il sort spontanément.

Observation XXXVI in Gerbaud. Maternité de Lariboisière.

OBSERVATION LXX

Rétention de 14 mois. Expulsion spontanée.

A la suite d'un avortement à 6 mois, M^{lle} C..., 26 ans, avait des pertes de sang peu abondantes, mais continues. N'étant pas renseigné sur la cause on institue un traitement interne (toniques, fer, etc.) Quatre mois après, seulement, on pratique le toucher : le col est dilaté en partie, et un corps assez mou y est engagé. Des contractions se manifestèrent et, au bout de quelques heures, sortie complète du placenta. L'hémorrhagie cessa et la santé revint.

Observation VIII, in Gerbaud. Thèse de Challier, Paris 1886.

OBSERVATION LXXI

Hervieux. — Cas de rétention au 6^e mois pendant 21 jours avec expulsion dans un état parfait de conservation.

OBSERVATION LXXII

Thèse de Genesteix, p. 80. Secondipare, 24 ans, bonne constitution. Dernières règles le 20 février. Rupture des membranes à 4 heures du soir. Dilatation complète à minuit le 6 septembre. Enfant macéré. Délivrance le 9 septembre à 10 heures du soir; malgré ce long séjour du placenta, pas d'élévation de la température. Injections vaginales toutes les 2 heures. Pas d'hémorrhagie. (Avortement six mois et seize jours après la dernière époque.)

OBSERVATION LXXIII

Thèse de Genesteix, p. 94. — Primipare, bonne constitution. Dernières règles le 24 mars, premières douleurs le 7 octobre à 9 heures du matin. Rupture et dilatation à 8 heures 30 du soir. Terminaison à 8 heures 35 soir (sommet). Délivrance spontanée mais incomplète à 11 heures 35 soir. Enfant macéré. Rétention de toutes les membranes pendant 6 jours. La température ne s'est pas élevée, lambeaux fétides. Injection intra utérines. (Avortement 6 mois et 13 jours après la dernière époque.)

OBSERVATION LXXIV

Thèse de Genesteix, p. 94. Syphilitique Tripare, 23 ans, dernières règles, 15 avril. Premières douleurs le 27 octobre 1884 à 10 heures du matin. Dilatation complète, rupture à 1 heure 30 du soir. Terminaison (face) à 1 heure 30 soir. Délivrance naturelle à 3 heures 40 soir, enfant macéré. Rétention de la caduque pendant 4 jours, lochies fétides. Injections fréquentes antiseptiques. Pas d'accidents, pas d'hémorrhagie. (Avortement 6 mois et 12 jours après la dernière époque.)

OBSERVATION LXXV

La nommée K..., 22 ans, entrée à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Anne, le 11 janvier 1882.

Une grossesse antérieure normale. Dernières règles, fin de juillet. Dans la nuit du 11 au 12 janvier, chute sur un banc de fer, douleur vive, hémorrhagie abondante. Tendances syncopales, face pâle, extrémités froides. Rhum, frictions, injections d'éther. Tamponnement par erreur. Le 13, enlèvement du tampon. *On constate varices sur grande lèvre gauche, avec petite déchirure, source de l'hémorrhagie.* Pas bruits cœur du fœtus. Le 25, accouchement d'un enfant mort macéré. Pas de rétention signalée et le 27 cependant, expulsion de lambeaux de membranes. Injections. Durée de la grossesse environ 180 jours.

In-Uinski.

Au surplus, si le second travail ne se faisait pas facilement de lui-même, nous aurions encore une ressource. En effet, si nous avons signalé le *Viburnum primifolium* comme agent anti-abortif, ici trouva place le sulfate de quinine, non plus comme fébrifuge, tel qu'on l'a vu dans quelques-unes de nos observations, mais comme utéro-moteur, dans l'avortement incomplet. L'action opposée de ces deux médicaments a été récemment étudiée par le Docteur Cordes (1), de la Maternité de Genève.

Après avoir cité huit observations dans lesquelles le *Viburnum* lui a servi, avec plein succès, d'utéro-sédatif, il insiste, pour obtenir une action contraire,

(1) Cordes. Annales de Gynécologie. Avril 1888, p. 265 et suivantes.

sur le sulfate de quinine qu'il administre habituellement à la dose de 2 grammes par 24 heures pour produire un second travail dans « les cas de rétention des annexes fœtales ».

Après avoir passé rapidement en revue divers procédés d'intervention : l'extraction par *le* ou *les* doigts, l'abaissement du col par la pince d'Hickinbotham, l'écouvillonnage de Doléris, il ajoute : « Je suis loin de blâmer leur emploi (de ces moyens); mais les plus habiles laissent des débris, — 18 fois sur 45

(Reihlen Arch. f. Gyn., XXXI), débris d'autant plus dangereux qu'ils sont plus nombreux et plus petits.

D'après lui, pour être certain de tout enlever, il faut être sûr aussi que tout est détaché, et on a dans la quinine un précieux agent utéro-moteur. « Ce médicament agit si merveilleusement que depuis 1876, où j'ai commencé à l'employer comme ecbolique, je n'ai jamais eu l'occasion de faire un curage utérin pour enlever un fragment ovulaire ».

2^e Rétention avec complications.

Il peut y avoir un décollement total ou partiel du placenta. Il y a alors danger d'infection, de septicémie (frissons, sueurs, élévations de température, fétidité croissante, etc...) Le décollement partiel donne surtout des hémorrhagies.

Quel traitement appliquerons-nous ?

1^{re} Contre l'infection : Antisepsie, et si elle est insuffisante, dilatation et extraction, avec les doigts de préférence.

2^e Contre l'hémorrhagie : Injections à 50°.

3^e Contre les deux réunies : Injections et dilatation.

OBSERVATION LXXVI

Observation due à l'obligeance de M. Alph. Herrgott et communiquée par lui à la Société de médecine de Nancy.

(Résumé).

Il s'agit d'une femme de 23 ans, entrée à la Maternité pour une perte abondante, suite d'avortement. Après hésitations, avoue avoir accouché seule d'un enfant de six mois environ. L'a cru mort et l'a jeté dans les lieux. *Affirme aussi avoir expulsé le placenta.*

Mais la matrice est volumineuse, bilobée ; on pense alors à la rétention du délivre. A cause des affirmations réitérées de la femme (même après qu'on lui a montré un placenta entier, afin qu'elle puisse comparer), on se demande s'il n'y a pas une tumeur utérine.

Toutefois comme l'utérus s'élève à droite à 18 centim. au-dessus du pubis, M. Herrgott agit comme en présence d'une rétention. Ne pouvant pénétrer dans la matrice dont l'orifice est fermé, il n'insiste pas, prescrit une antisepsie rigoureuse et attend.

Cela se passait le 27 décembre 1886.

Le 28. Frisson violent. T. 30°.

29 à 1 heure matin, hémorrhagie abondante. A 8 heures, T. 40°, 2. P. 140..

Plus de doute, c'est une rétention. On essaie d'extraire le délivre ; on n'en retire qu'un fragment.

A 2 heures après midi, la matrice s'est relachée, la maîtresse sage-femme en profite pour extraire, en pénétrant dans la cavité utérine, un placenta de 350 grammes.

Traitement : quinine, injections chaudes à 47°.

Toniques, réconfortants.

30. T. 36°. P. 108.

31. T. 45°, 5. P. 110.

On continue les injections intra-utérines antiseptiques, et le 2 janvier 1887, la température est redevenue normale ; l'état général est très satisfaisant.

M. Alph. Herrgott insiste sur les difficultés du diagnostic de cette rétention, surtout à cause des affimations mensongères de la femme. Il montre l'utilité des injections chaudes antiseptiques et termine en disant que si, dans l'avortement, l'abstention est de règle, on doit considérer les avortements à 6 mois comme de véritables accouchements, c'est-à-dire qu'il faut délivrer les femmes le plus tôt possible. On pratiquera l'antisepsie la plus rigoureuse en attendant le relâchement utérin qui permettra d'extraire le placenta sans produire de déchirure,

*Procès-verbaux de la Société de Médecine de Nancy,
séance du 23 février 1887.*

OBSERVATION LXXVII

Femme B..., Primipare, 22 ans. Placenta sur le segment inférieur : hémorrhagies. Avortement à 6 mois. Placenta très adhérent, retenu dans l'utérus. Début de septicémie. Délivrance artificielle à la main ; irrigation intra-utérines et vaginales continues. Guérison. Début de phlegmatia, le 13^e jour. Guérison.

Observation XXVII. In Gerbaud, tirée du professeur Pinard.

OBSERVATION LXXVIII

Observation Genesteix, p. 113. Avortement à 4 mois. Rétention du placenta. Intervention le 12^e jour. Il en reste. (Doléris).

(Nous avons parlé de cette observation dans le corps de notre thèse).

OBSERVATION LXXIX

Observation Charpentier. 4 mois 1/2. Expulsion du fœtus. Placenta incomplètement décollé et en partie engagé dans le col. Introduction de la main, décollement du placenta avec quelques difficultés. L'hémorrhagie cesse aussitôt.

OBSERVATION LXXX

Avortement au quatrième mois. Hémorrhagie, Rétention du placenta diagnostiquée au bout de 36 heures par le toucher. Emploi du seigle. Expulsion spontanée.

Observation XVII, personnelle à Gerbaud.

OBSERVATION LXXXI

En 1856, femme avorte à 4 mois 1/2. Rétention placentaire pendant 11 jours. Pas d'hémorrhagie. Au toucher, col long, et dans la cavité, un placenta d'une épouvantable fétidité. Extraction avec une curette de la moitié du placenta. Injections. Le lendemain nouvelle introduction de la curette suivie d'injections qui amenèrent les parties détachées et qu'on prolonge jusqu'à ce que l'eau soit claire.

Suites bonnes. Guérison au bout de 15 jours.

(Thèse Ebstein, Paris 1872. Communiquée par M. le professeur Pajot).

OBSERVATION LXXXII

Rétention de 10 jours.

J..., 19 ans. Entrée à l'hôpital Tenon, le 6 février 1886. Fausse couche de quatre mois et demi il y a quinze jours. Douleurs, fièvre, pertes abondantes pendant dix jours, expulsion de parcelles membraneuses putrides. Col très long. A son entrée, hémorrhagie, fétidité.

Lavage immédiat au sublimé. Ecouvillonnage répété trois fois ; puis, lavage suivi de tamponnement.

Prescription : trois irrigations chaudes. Ergot de seigle 1 gramme en trois paquets par jour, car la malade retourne chez elle à pied. Suites bonnes.

Obs. VII. Archives Tocologie 1886.

OBSERVATION LXXXIII

M^{me} X..., 24 ans. Un accouchement antérieur à terme.

Cette fois est enceinte de 4 mois environ. Après des efforts répétés, pertes d'eau d'abord, dit-elle, puis de sang. Quelques jours après, au toucher, le col est mou et très-ouvert. On ordonne des injections phéniquées au 1/80, en attendant l'accouchement, qui se fait la nuit suivante. Fœtus de 4 mois et demi. Pour la délivrance, traction sur le cordon qui se déchire. Injections, repos, expectation.

Au bout de dix jours, dilatation graduelle par les éponges créosotées, (créosote 1, vaseline 10). Une fois col suffisamment ouvert, potion avec 2 grammes d'ergotine Bonjean. La nuit suivante, le délivre est presque entièrement sorti de l'utérus; on peut le saisir entre deux doigts et l'attirer au dehors. Suites bonnes.

Durée de la rétention, du 11 juin au 19 juillet sans altération.

Observation XIII de de Torrès Mendiola, communiquée par le docteur Billon. Paris 1885.

OBSERVATION LXXXIV

Femme E..., 21 ans. Avorte 1^{er} novembre 1885, au terme de 5 mois. Adhérence du placenta. On fait artificiellement à la main, la délivrance. Le placenta, en partie décollé, est amené au dehors. Injections les jours suivants qui ramènent le reste des membranes. Suites bonnes.

(Maternité de Beaujon).

Observation V. Thèse d'agrégation de Gerbaud, 1886.

OBSERVATION LXXXV.

Victorine S.... 34 ans. secondipare.

1^{eme} grossesse normale. 2^e grossesse : dernières règles le 24 novembre 1871. Entrée dans le service du professeur Depaul le 8 mai 1872. Le 11, rupture des membranes, le 12, pre-

mières douleurs. Le 13 accouchement d'un fœtus mort-né pesant 600 gr. Durée du travail 13 heures. Rétention placentaire.

Depaul intervient et n'arrive pas à décoller. Injections antiseptiques, et le 15, expulsion spontanée du délivre, après odeur fétide, persistante. Suites bonnes.

Durée de la grossesse, 5 mois et demi environ.

(Thèse Ebstein, Paris 1872. Obs. III).

OBSERVATION LXXXVI

E...., 25 ans, avortement à 6 mois. Rétention placentaire. Au bout de 24 h. légère fétidité sans hémorrhagie. 2 grammes de seigle en 4 paquets. Douleurs vives. Au toucher le placenta est trouvé sur le col. Très-grande fétidité. Symptômes d'infection les jours suivants; le col reste fermé continuation du seigle cinq jours après le début, introduction d'un cône d'éponge préparée. Le lendemain seulement on peut enlever le délivre par morceaux à l'aide de la curette. L'état général s'empire. Mort d'infection putride.

Observation XXIII M. Gerband, tirée de Challier, thèse Paris 1886.

OBSERVATION LXXXVII

(Cette observation étant une de nos plus importantes, nous lui donnons plus d'extension qu'aux précédentes.)

Augustine S..., 28 ans, prostituée, 6^e grossesse. Ne peut fixer la date de ses dernières règles. Sent remuer l'enfant depuis 8 jours, pendant lesquels elle perd du sang. Le 23 octobre 1884, les contractions se déclarent. Chaque colique est accompagnée d'un léger écoulement sanguin (avortement sanglant). Les douleurs étant peu vives et peu utiles, une sage-femme fait une injection sous-cutanée d'ergotine. 20 minutes après expulsion d'un enfant qui vécut 3/4 d'heures.

L'orifice utérin est rétracté, la délivrance impossible. Le lendemain un médecin fait des tractions sur le cordon, le casse et l'accouchée est envoyée à la Maternité.

24 octobre. — Le fond de l'utérus atteint près du niveau de l'ombilic. Sa consistance est ferme.

Au toucher, le doigt pénètre facilement jusqu'à l'orifice interne qui se resserre sur le doigt. Pas d'écoulement sanguin. Pas de contractions. Injections vaginales toutes les 2 heures (sublimé 1/2000).

25 octobre. — Même état le matin. Injections laudanisées, contre le spasme de l'orifice interne.

Le soir, T. 39°2, fièvre, céphalalgie, soif, Pouls 112.

Depuis 2 heures de l'après-midi, écoulement noirâtre, épais, fétide, Toujours rétraction de l'orifice interne. « Douleurs comme pour accoucher, dit la malade. » Injections intra-utérines au sublimé toutes les deux heures. Quinine 0 gr. 80 par doses de 0 gr. 10.

Thé au rhum, potage.

La première injection chaude ramène beaucoup de détritrus et deux petits caillots. Elle a provoqué un second travail; les contractions réapparaissent de temps à autre. Puis légère hémorrhagie; et au toucher on trouve l'orifice interne ouvert comme un pièce de deux francs. Le placenta repose sur cet orifice.

M^{lle} Rose introduit les doigts les uns après les autres pour obtenir petit à petit la dilatation; elle parvient à saisir une portion large du placenta qui se décolle et est extrait de l'utérus, après une traction peu forte. La matrice se contracte immédiatement; plus d'écoulement. On fait une large injection pour laver.

Le placenta est complet, les membranes intactes. L'odeur est très fétide.

Pas de traces de maladie sur le placenta qui pèse 215 gr. Une heure après cette délivrance, frisson de 20 minutes. T. 39°8. P. impossible à compter. (Cruchons, duvets, tisanes chaudes). Le reste de la nuit se passe bien).

(L'extraction s'est faite vers 9 heures du soir).

26 Octobre. La malade est bien. T. 37°. P. 94.

Ventre plat, souple, indolore. Lochies non fétides, un peu rougeâtres.

Ajoutons, pour terminer, que sur les 6 grossesses antérieures, les 3 premières ont eu lieu à terme avec suites bonnes.

La quatrième et cinquième sont des avortements de 5 mois avec délivrance facile; elles étaient précédées de légères métrorrhagies qui duraient 8 jours. Pas de traces de syphilis. Pas de maladies contagieuses antécédentes.

Enfin, entre l'époque de l'avortement et celle de l'extraction placentaire, il s'est écoulé 52 heures.

OBSERVATION LXXXVIII

(C'est une rétention d'une portion placentaire, avec délivrance artificielle difficile).

Marie C..., 32 ans, 1^{re} grossesse à terme.

Dernières règles, pour cette fois, le 13 avril 1884. Du 8 au 16 septembre, hémorrhagie avec écoulement leucorrhéique fétide. Entrée en travail le 16 à 2 h. 3/4 de l'après-midi, et de suite expulse un fœtus de 1260 gr. qui meurt peu après. On veut faire la délivrance 20 minutes ensuite. Le cordon cède un peu; une portion se décolle, l'hémorrhagie apparaît à la suite, et alors on cherche à faire l'extraction artificielle. La partie décollée vient facilement, mais la portion adhérente ne vient que par morceaux. En reconstituant le placenta on constate qu'il en manque encore, mais il y a rétraction de l'orifice interne; il faut s'arrêter.

L'hémorrhagie persista, légère. M. le professeur A. Herrgott fait une injection d'ergotine contre hémorrhagie, et injections de sublimé contre la septicémie.

17 septembre. Matin. T. 38°. P. 100. Apparence générale bonne. Injections vaginales.

Soir. T. 39°6. P. 116. Suintement sanguin modéré,

18 septembre. Matin. T. 30°7. P. 124. 3 selles diarrhéiques la nuit,

Utérus contracté, beaucoup de coliques, écoulement rouge. Injection intra-utérine.

Au toucher, gros caillot sur le col et dans le vagin, très fétide, puis ensuite, on sent, engagé dans le col un corps qui donne la sensation d'un cotylédon. On met la femme en travers, puis après avoir appliqué le speculum plein, on arrive, *avec la pince*, à extraire toute cette masse par petits lambeaux très fétides. Puis injections boriquées intra-utérines, sulfate de quinine, 2 fois 0 gr. 50. malaga, bouillon, thé. Encore 3 selles dans la journée.

Soir. T. 39°4. P. 132. Grandes injections jusqu'à ce que l'eau sorte pure.

19 septembre. Matin. T. 37°6. P. 100. Bon sommeil. Toujours injections.

Soir. Réapparition de la fétidité. On retire encore un morceau de placenta engagé, puis injections.

20 septembre. Matin. T. 37°8. P. 104. Etat bon. Prends nourriture légère.

Soir. T. 39°3. P. 124. Encore quelques pertes rouges, dans lesquelles on trouve des morceaux de caduque. On en extrait quelques-uns arrêtés dans le vagin, Un peu d'odeur fétide. Injections.

21 septembre. Matin. Coliques et diarrhée la nuit. Céphalalgie. Fosse iliaque droite douloureuse, résistante. Cataplasmes.

Soir. Expulsion spontanée d'une portion du placenta avec un peu d'écoulement sanglant.

A partir de ce moment l'état s'est journellement amélioré ; la diarrhée et la céphalalgie ont encore persisté quelque temps. On n'a plus trouvé de débris, la fétidité a disparu graduellement, et, le 20 octobre, elle sort guérie.

Durée de la grossesse 150 jours environ.

OBSERVATION LXXXIX

Femme X..., 30 ans. Accouche à un peu plus de 4 mois d'un fœtus mort. Essai de la délivrance, rupture du cordon.

Rétention du placenta. Emploi du seigle sans succès. Expulsion de quelques caillots, les jours suivants, quel'on prend pour le placenta. Le 11^e jour, aggravation de l'état de la malade.

Au toucher on reconnaît la présence du placenta.

Administration de 2 grammes de seigle. Hémorrhagie consécutive, suivie de l'expulsion en partie du délivre à travers le col. On l'extract sans difficulté et l'hémorrhagie cesse. Suites bonnes.

Guéniot. Bulletin gén. de therap., T. LXXIII, 1867, publiée par Gerbaud.

Observation XXI.

OBSERVATION LXXXX

Deux grossesses antérieures normales. A la troisième, le travail commence vers le cinquième mois. Appelé 4 heures après l'expulsion du fœtus, un médecin trouve le cordon intact, pendant au dehors. Pas de contractions, pas d'hémorrhagie; au lieu d'essayer l'extraction du délivre, on donne potion avec 3^{gr}.50 d'ergot. Quelques contractions suivirent; puis, après, la réaction se produit et le cordon est encore plus serré.

Potion opiacée le soir pour provoquer le relâchement. Pas de changement le lendemain.

On continue l'expectation pendant 2 jours encore; vers le cinquième jour, un peu de fièvre, lochies un peu fétides; alors injections vaginales phéniquées.

Le sixième, injection d'ergotine suivie de l'expulsion de 2 petits fragments.

Le septième, nouvelle injection sans résultat, cette fois.

Le onzième jour, frisson violent avec membranes. Potion avec quinine et opium.

L'état reste stationnaire pendant quelques jours.

Vers le vingt-deuxième jour, hémorrhagie violente. Au toucher, orifice du col dilaté comme une pièce de 2 francs. Orifice interne toujours rigide et épais. Nouvelle dose d'ergot

de seigle (3 gr. 50) suivie une heure après de l'expulsion du placenta, sans trace des membranes, mais parfaitement frais.

Observation IV. Thèse de de Torrès-Mendiola, Paris 1885.
Observation tirée du *The Lancet*, 1881, II, p, 122.

Cette observation est un exemple frappant des mauvais effets que peut produire le traitement par l'ergot, avant l'expulsion du délivre.

Il est évident que, dans cette observation, le col qui s'était fermé après l'expulsion du fœtus, comme cela arrive si souvent dans les avortements, a été maintenu dans cet état par les doses répétées d'ergot et les injections d'ergotine, car il a suffi de s'abstenir pendant quelques jours de toute médication de ce genre, pour voir le col s'entr'ouvrir et préparer le passage au placenta.

De Torrès-Mendiola (*Loc. citato*).

On voit, par ces observations que si, d'une part, la délivrance normale spontanée est la règle, que si, en outre, les injections chaudes et antiseptiques donnent d'excellents résultats dans un grand nombre de cas de rétention, (22 sur 34); il arrive cependant parfois qu'on est obligé d'intervenir plus directement. Nous n'avons pas à décrire ici les divers procédés d'intervention, contentons-nous de dire que l'emploi de la main nous semble le moyen préférable, surtout dans les rétentions de quelques heures, et quand le col est suffisamment dilaté pour l'introduction de plusieurs doigts.

Nous sommes au terme de notre tâche; nous n'avons jamais eu la prétention de donner au problème qui nous a occupé une solution définitive. Le débat existe et existera sans doute encore longtemps entre les différentes écoles.

Puisse seulement notre travail fournir quelques renseignements non inutiles à ceux qui viendront après nous, c'est là tout notre souhait !

CONCLUSIONS

1° Après l'avortement qui se produit pendant le cinquième et le sixième mois, on doit se conduire comme dans un *accouchement à terme*, les conditions anatomiques étant analogues. On attendra environ de trois quarts d'heure à une heure l'expulsion spontanée du délivre.

2° Si la délivrance ne se fait pas par les seules forces de la nature, on emploie d'abord les moyens ordinaires, *encore comme à terme*, c'est-à-dire l'*expression* et les *tractions lentes, continues, douces* sur le cordon.

3° Si la traction ne suffit pas et que le COL SORT DILATÉ, il est du devoir de l'accoucheur d'aller chercher prudemment le placenta avec la main, puisque souvent plusieurs doigts peuvent pénétrer. Un seul doigt, à la rigueur, est suffisant.

4° *Contre l'hémorrhagie*: Injections chaudes et tamponnement au besoin.

5° Contre la septicémie, *antisepsie répétée*.

6° Enfin, si le col n'est pas dilaté, si les injections chaudes n'ont pas provoqué un second travail, si

l'antisepsie est impuissante contre l'infection, on pratiquera la dilatation artificielle, on extraira avec la main ou l'instrument qui paraîtra le plus approprié au cas présent, le placenta retenu, puis on fera le traitement préventif des complications possibles.

VU :

Le Président de la Thèse,

A. HERRGOTT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 1^{er} août 1888.

Le Recteur,

M. MOURIN.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
DIVISION	4
CHAPITRE I. — Anatomie et histologie du placenta.....	5
CHAPITRE II. — Phénomènes de l'expulsion de l'œuf dans les avortements du 5 ^e et du 6 ^e mois.	16
a) Contractions utérines	17
b) Effacement du col.....	17
c) Dilatation de l'orifice externe.....	18
d) Formation de la poche des eaux...	20
e) Ecoulement du liquide.....	20
f) Expulsion de l'œuf	22
g) Délivrance	26
CHAPITRE III. — Traitement de l'avortement..	30
§ 1. — Traitement préventif.....	30
§ 2. — Traitement curatif.....	31
a) Conduite à tenir en général, c'est-à-dire dans les conditions normales.....	31
b) Traitement de l'hémorrhagie qui accompagne l'avortement	47
c) Traitement des complications de l'expulsion	49
§ 3. — Traitement de la délivrance.....	51
a) Délivrance des premiers instants.	51
b) Délivrance retardée.....	51
CONCLUSIONS.....	79

